



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Vivencia de la persona en el proceso de tener una herida crónica por abdomen abierto

Alejandra Fuentes Ramírez

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2014

Vivencia de la persona en el proceso de tener una herida crónica por abdomen abierto

Alejandra Fuentes Ramírez

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:
Doctora en Enfermería

Directora:

Profesora Beatriz Sánchez Herrera

Línea de Investigación:

Cuidado al paciente crónico y su familia.

Grupo de Investigación:

Cuidado al paciente crónico y su familia.

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2014

.

*A mí querida mamá Rosa Ramírez de
Fuentes quién desde la tierra y el cielo
siempre con su ejemplo y presencia
me inspira a continuar.*

*A mi papá Amadeo Fuentes quien con su
esfuerzo y trabajo ha apoyado mi formación.*

Agradecimientos

A Dios por permitirme tener la oportunidad de emprender este sueño de hacer investigación en enfermería y aprender de tantas personas.

A las personas con herida en el abdomen por abrir sus corazones y compartir profundamente su vivencia.

A mi familia quienes depositaron su confianza en mí para lograr este objetivo.

A Amanda, Betty, Carmenza, José y Dalila por confiar en mi trabajo, acompañarme, animarme y permitirme comprender que el sentido de los datos solo se encuentra en las vivencias.

A mi sobrino Santiago por cuestionarme y hacerme sentir que los años no han pasado.

A mi directora de tesis, profesora Beatriz Sánchez, por su apoyo, asesorías y confianza en mi trabajo.

A los enfermeros estomaterapeutas que con sus actos me inspiraron y apoyaron mi trabajo incondicionalmente, en especial a mis compañeras de Enfaso.

A mis compañeras de aprendizaje en este recorrido Ángela, Lupe, Malu y Olguita.

A los profesores del Comité tutorial del Programa de Doctorado en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, por sus enseñanzas y evaluación constante.

A las profesoras y compañeras del Programa de posgrado en Enfermería en Salud del adulto, de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, Brasil, por sus enseñanzas y perspectivas con relación a mi trabajo.

Al Programa Beca Asistente Docente de la Universidad Nacional de Colombia, por la oportunidad de aprender y conocer junto con los estudiantes de pregrado de Enfermería.

A la División de Investigación de la Sede Bogotá, por el apoyo económico para la realización de esta investigación.

Resumen

Las personas sometidas a la técnica quirúrgica de abdomen abierto debido a la severidad de la infección, pueden permanecer con la herida abierta por más de seis semanas, necesitando de un cierre por segunda intención. Ello condiciona una lenta recuperación y cambios en la vida que aún no han sido descritos.

Los objetivos fueron la descripción de los significados y la comprensión de la experiencia de tener una herida crónica por abdomen abierto, luego se planteó una propuesta teórica que describe esta vivencia.

Para ello, se empleó una metodología cualitativa utilizando la teoría fundamentada, guiado por Corbin y Strauss. Se realizaron entrevistas a profundidad a 28 personas adultas con herida por abdomen abierto, que estaban en casa, y requerían cierre por formación de tejido de granulación, quienes solo recibían curación ambulatoria.

En los resultados se encontró que la edad de los informantes fue en promedio de 45 años, habían permanecido con la herida abierta de dos meses hasta ocho años, la principal causa de la herida fue peritonitis. Luego del análisis de los datos surgen seis categorías: Recuperando la vida luego de estar en riesgo de morir, aprendiendo a movilizarme hasta lograr recuperar la independencia, necesitando de la ayuda de otros, viviendo lo duro de tener la herida, teniendo que curar una herida terrible en el estómago, y cambiando la relación con mi pareja.

Se concluye con un postulado teórico que permite comprender como las personas que tienen esta experiencia viven un proceso de cuatro etapas que va desde la sorpresa que implica despertar con una herida terrible en el estómago, pasando por la desesperación al ver la limitación y los cambios que tienen, hasta decidir retomar el control y vivir la segunda oportunidad. Estos hallazgos son un aporte novedoso al conocimiento de la enfermería que apoyará la cualificación del cuidado de las personas que tienen una herida por abdomen abierto.

Palabras clave: herida, abdomen abierto, enfermería, teoría fundamentada

Abstract

People undergoing open abdomen surgical techniques due to the severity of an infection, may remain with an open abdomen for more than six weeks, needing a second surgical procedure to close the wound. This condition denotes a slow recovery process and several life changes that have not yet been described.

The objectives were to describe the meaning and understanding of the experience of having a chronic wound open abdomen, then a theoretical proposal that describes this experience was raised

In order to do so, a qualitative methodology was employed by using Grounded Theory, guided by Corbin and Strauss. Depth interviews were conducted with 28 adults with an open abdominal chronic wound. All of them were treated with ambulatory therapy and required second intention closing by granulation tissue formation in order to heal.

The results found that the age of respondents was 45 years on average, they had remained with their open abdominal wounds for a period between two months and eight years, and the leading cause of their injury was mainly associated to peritonitis. After analyzing data arising six categories: The categories that were identified include: Retrieving life after being at risk of dying, Learning To Mobilize By Myself; Living The Strain Of Having The Wound; Having To Heal A Terrible Wound In The Stomach; Needing The Help Of Others; And Changing The Relationship With My Partner .

It concludes with a theoretical postulate for understanding how people who have this experience are undergoing a process of four stages ranging from the surprise that involves waking up with a terrible wound in the stomach, through despair to see the limitations and changes that have, decide to take control and live the second chance. These findings are a novel contribution to the knowledge of nursing skills that support the care of people who have open abdominal wound.

Keywords: Wounds, open abdomen, nursing, grounded theory

Contenido

Resumen	VI
Lista de figuras	XI
Lista de tablas	13
Lista de Anexos	14
 Introducción	 15
1. Marco de Referencia	18
1.1 Fenómeno.....	20
1.2 Descripción del área problemática:.....	20
Conceptos y epidemiología de las heridas por abdomen abierto.	20
1.3 Tratamiento y complicaciones de las heridas por abdomen abierto.	27
1.4 Impacto de tener una herida	29
1.5. Enfermería en el cuidado de la persona con heridas	34
1.6. Problema de investigación	38
1.7. Justificación del estudio	39
1.8. Propósito.....	43
1.8.1. Objetivo general	43
1.8.2. Objetivos específicos.....	43
2. Marco conceptual.....	44
2.1. Persona con herida crónica por abdomen abierto.....	44
2.2. Vivencia	45
2.3. Proceso de tener una herida crónica por abdomen abierto	46
3. Marco de Diseño.....	47
3.1. Diseño de estudio	47
3.2. Contexto de desarrollo de la investigación.	50
3.3. Muestra del estudio: Criterios de inclusión y exclusión	51
3.3.1. Criterios de inclusión	51
3.3.1. Los criterios de exclusión	51
3.4. Procedimiento de recolección de la información:	53
3.5. Caracterización sociodemográfica de los participantes	57
3.6. Marco de análisis.....	58
3.6.1. Técnica de análisis de los datos	59
3.7. Rigor metodológico.....	69
3.8. Consideraciones éticas	74
4. Resultados	76
4.1. Categoría: Recuperando la vida luego de estar en riesgo de morir.....	78
4.1.1. Subcategoría: estando inconsciente se pierde el control	81
4.1.2. Subcategoría: alucinando en la unidad de cuidados intensivos	82

4.1.2.	Subcategoría: Estando vivo de milagro	84
4.1.3.	Subcategoría: Perdiendo las esperanzas de vivir	86
4.1.4.	Subcategoría: Recuperando las ganas de vivir	87
4.1.5.	Subcategoría: Luchando por mi familia	88
4.1.6.	Subcategoría: Viviendo la nueva oportunidad	89
4.2.	Categoría: Aprendiendo a movilizarme hasta lograr recuperar la independencia	91
4.2.1.	Subcategoría: Volviendo a aprender a caminar	96
4.2.2.	Subcategoría: Limitando el movimiento por temor a que se abra la herida	98
4.2.3.	Subcategoría: Movilizando evitando que los demás me vayan a hacer daño.	101
4.2.4.	Subcategoría: volviendo a movilizarme solo	103
4.3.	Categoría: necesitando de la ayuda de otros	106
4.3.1.	Subcategoría Dejando que otros hagan todo por mí.....	108
4.3.2.	Subcategoría: Sintuéndome inútil al recibir tantos cuidados.....	110
4.3.3.	Subcategoría. Recibiendo el cuidado de la familia.....	111
4.3.4.	Subcategoría volviendo a hacer mis cosas solo.....	112
4.4.	Categoría: Viviendo lo duro de tener la herida	114
4.4.1.	Subcategoría: aislándome por estar oliendo mal.	116
4.4.2.	Subcategoría: teniendo que cambiar la forma de comer.....	118
4.4.3.	Subcategoría Cambiando de peso.....	121
4.4.4.	Subcategoría usando la faja.....	122
4.4.5.	Subcategoría: Cambiando la forma de bañarme.....	124
4.4.6.	Subcategoría: Sintiendo vergüenza al estar usando pañal.....	125
4.5.	Categoría: Teniendo que curar una herida terrible en el estómago.....	126
4.5.1.	Subcategoría: Impresionándome por tener el abdomen abierto y necesitando de muchos cuidados	130
4.5.2.	Subcategoría: sintuéndome deforme y desesperándome del tratamiento.....	133
4.5.3.	Subcategoría: cansándome de ver como la herida se vuelve a abrir y teniendo miedo a probar otros tratamientos.....	137
4.5.4.	Subcategoría: conservando la esperanza del cierre de la herida y continuando con los cuidados.....	139
4.6.	Categoría: Cambiando la relación con mi pareja	141
4.6.1.	Subcategoría: Evitando las relaciones sexuales para cuidarme	144
4.6.2.	Subcategoría: Sintuéndome nuevamente preparado para tener relaciones sexuales	145
4.6.3.	Subcategoría: Teniendo relaciones sexuales con precaución me ayuda a mejorar	146
4.7	Construcción de la categoría central	147
4.8.	Presentación del Planteamiento teórico	155
4.8.1.	Vivir la segunda oportunidad con una herida en el abdomen: luchando por recuperar la independencia y el control de la vida.....	161
4.8.2.	Primeras aplicación de la teoría "Vivir la segunda oportunidad con una herida en el abdomen: luchando por recuperar la independencia y el control de la vida"	169
4.9.	Contraste con la literatura	172
5.	Consideraciones finales:	183
5.1.	Conclusiones.....	183
5.2.	Recomendaciones	185

5.3. Limitaciones:	186
5.4. Mecanismos de difusión y socialización:	187
Anexos	188
A. Anexo: Ficha Sociodemográfica	188
Anexo B: Consentimiento informado	190
C Anexo: Aval comité de ética	191
Referencias.....	192

Lista de figuras

Figura 1-1	Clasificación de las heridas.....	21
Figura 3-1	Procedimiento para recolección de la información.....	54
Figura 3-2	Resumen ejemplo codificación.....	68
Figura 4-1	Relación categorías y etapas del proceso.....	77
Figura 4-2	Recuperando la vida luego de estar en riesgo de morir.....	78
Figura 4-2	Aprendiendo a movilizarme hasta lograr recuperar la independencia.....	92
Figura 4-3	Necesitando de la ayuda de otros.....	107
Figura 4-4	Viviendo lo duro de tener la herida.....	114
Figura 4-5	Teniendo que curar una herida terrible en el estómago.....	127
Figura 4-6	Cambiando la relación con mi pareja.....	142
Figura 4-7	Diagrama esquema teórico” “Vivir la segunda oportunidad con una herida en el abdomen: luchando por recuperar la independencia y el control de la vida”.....	159

Lista de tablas

Tabla 1-1	Instrumentos específicos de medición de calidad de vida relacionada con la salud en úlceras por presión y úlceras de pierna	52
Tabla 3-1	Proceso de codificación y muestreo.....	56
Tabla 3-2	Reglas de transcripción.....	57
Tabla 3-3	Tiempo de permanencia de los participantes con la herida en el abdomen.....	60
Tabla: 3-4	Ejemplo de codificación abierta.....	61
Tabla 3-5	Ejemplo construcción códigos nominales.....	62
Tabla 3-6	Ejemplo de la comparación entre entrevistas.....	62
Tabla 3-7	Ejemplo formación de categorías iniciales.....	61
Tabla 3-8	Proceso de consolidación de la categoría “aprendiendo a movilizarme hasta lograr recuperar la independencia”	64
Tabla 4-1	Recuperando la vida luego de estar en riesgo de morir.....	79
Tabla 4-2	Aprendiendo a movilizarme hasta lograr recuperar la independencia.....	93
Tabla 4-3:	Necesitando de la ayuda de otros.....	108
Tabla 4-4	Viviendo lo duro de tener la herida.....	115
Tabla 4-5	Teniendo que curar una herida terrible en el estómago.....	128
Tabla 4-6	Cambiando la relación con mi pareja.....	143
Tabla 4-7	Matriz construcción categoría central.....	149

Lista de Anexos

A. Anexo	Ficha Sociodemográfica.....	188
B. Anexo	Consentimiento informado.....	190
C. Anexo	Aval comité de ética.....	191

Introducción

“el proceso (de tener la herida) ha sido bastante largo y dispendioso...uno al comienzo no mide la magnitud de semejante problema, entonces que pasa, se siente uno como tan impedido de todo, estando uno acostumbrado a estar libre a hacer, sus necesidades solo, luego de depender de una persona a que le pase uno un pato, eh, que le pase la crema dental, bueno miles de cosas ya comienza uno a sentirse muy mal, ahí comienza uno a dimensionar realmente que es lo que tiene, pues por la cantidad de impedimentos que tiene, entonces ahí comienza uno a ver todo, a calificar todo, lo, lo, lo que le está pasando a uno” E26-01,3-12

La vivencia de la persona con herida crónica por abdomen abierto no ha sido descrita. A continuación se presenta la investigación titulada “Vivencia de la persona en el proceso de tener una herida crónica por abdomen abierto”, que describe la vivencia, es decir, la experiencia y el significado, de quien tiene esta condición.

La presente investigación hace parte de la línea de investigación de Cuidado al paciente crónico y su familia y del área temática de Cuidado al paciente con herida crónica

La propuesta surge como respuesta a un vacío en la indagación en el área temática de cuidado a la persona con una herida crónica, y la necesidad sentida que está detrás de cada persona que se enfrenta a esta condición.

En el primer capítulo se aborda el marco de referencia, en él se sintetiza el impacto de tener una herida crónica por abdomen abierto, las cifras epidemiológicas que se encuentran hasta el momento, especificando las implicaciones que genera para la persona y la sociedad tener una herida crónica por abdomen abierto.

A nivel teórico, se describe cómo el estudio llena un vacío existente en la literatura, especificando cómo el abordaje del fenómeno ha tenido interés por las técnicas, procedimientos quirúrgicos y resalta el impacto y las experiencias relacionadas con los cambios en la calidad de vida de las personas que tienen situaciones de salud vinculada con las heridas crónicas. Se resalta la labor de las enfermeras como líderes en el cuidado de las personas con heridas. El capítulo concluye con el planteamiento del problema y los objetivos que marcan las metas para la investigación.

Es importante resaltar que para la construcción del marco de referencia que sirve de soporte para el desarrollo de la investigación y justifica su utilidad, importancia y novedad, se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos (CINAHL), Literatura Médica Online (MEDLINE), OVID, PROQUEST, América Latina y el Caribe Ciencias de la Salud (LILACS), DEDALUS, EBSCO, ScienceDirect, Ovid nursing y Academic Search, además de consulta específica en revistas especializadas y la asesoría de expertos en el área temática.

El Segundo capítulo presenta los conceptos de persona con herida crónica por abdomen abierto, vivencia y proceso que fueron clave para el desarrollo del estudio.

En el capítulo tres se explica cómo se desarrolló el marco de diseño, se incluye la descripción del contexto, la forma de recolección, criterios de selección y características de las 28 personas que participaron en el estudio. Se explica con ejemplos la forma en que se analizaron las entrevistas bajo la metodología cualitativa con los lineamientos de

Corbin y Strauss, este capítulo concluye con los criterios de rigor metodológico y las consideraciones éticas que se tuvieron en cuenta en la presente investigación.

El capítulo cuatro incluye los resultados del estudio, inicialmente se incluye una descripción detallada de las seis categorías resultantes: Recuperando la vida luego de estar en riesgo de morir, aprendiendo a movilizarme hasta lograr recuperar la independencia, necesitando de la ayuda de otros, viviendo lo duro de tener la herida, teniendo que curar una herida terrible en el estómago, y cambiando la relación con mi pareja. Cada una de las categorías incluye la gráfica representativa, la descripción conceptual, las subcategorías y los ejemplos de los códigos o palabras referidas por las personas entrevistadas que ilustran cómo los hallazgos se fundamentan en los datos.

Luego, se describe cómo se llegó a la formación de la categoría central y el posterior planteamiento teórico denominado “Vivir la segunda oportunidad con una herida en el abdomen: luchando por recuperar la independencia y el control de la vida”, el cual describe el proceso que viven las personas que tienen esta experiencia y el significado que le asignan a esta experiencia, lo cual muestra que esta vivencia al igual que las categorías no son estáticas en el tiempo, sino que fluctúan dando origen a cuatro etapas que van desde la sorpresa que implica despertar con una herida terrible en el estómago, pasando por la desesperación al ver la limitación y los cambios que tiene la herida, hasta que la persona decide retomar el control de la vida y vivir la segunda oportunidad.

El capítulo cinco incluye el contraste de los resultados con la literatura existente dónde se concluye que si bien existen experiencias relacionadas ninguna es comparable con vivir con una herida en el abdomen.

El capítulo seis contiene las conclusiones, recomendaciones y aportes que de la investigación a la teoría y la práctica de enfermería. Esta investigación enfatiza y fija como prioridad el beneficio que sus resultados generen en el cuidado a las personas que viven con una herida crónica por abdomen abierto, de los familiares, los enfermeros y los amigos que han sido parte integral de este proceso.

.

1. Marco de Referencia

Para la construcción del marco de referencia se realizó una revisión sistemática, la finalidad de esta revisión fue buscar y consolidar las evidencias disponibles sobre el conocimiento construido en el área de cuidado a las personas con herida por abdomen abierto.

Para la preparación de esta revisión se cubrieron las siguientes etapas: se establecieron los objetivos de la revisión, los criterios para la inclusión y exclusión de los artículos; la definición de la información a ser extraída; el análisis de los resultados; discusión y presentación de los resultados.

Para guiar la revisión, se formuló la siguiente pregunta: ¿cuál es el conocimiento construido a cerca del cuidado de las personas con herida crónicas específicamente en abdomen abierto? Para la selección de los artículos fueron utilizadas ocho bases de datos: MEDLINE (Análisis de la literatura médica y recuperación Sistem online), OVID, Proquest, Ciencias de la Salud de América Latina y el Caribe (LILACS), Dedalus, EBSCO, Science Direct y Academic Search, las cuales se escogieron por su impacto en la trasmisión de conocimiento de enfermería.

Los criterios para la inclusión de los artículos definidos para esta revisión fueron: artículos publicados en Portugués, Inglés y Español, con texto completo disponibles en bases de datos seleccionados en el período 1990-2003; artículos publicados cuya metodología permite obtener resultados de buena calidad, es decir estudios realizados con rigor metodológico. Las palabras clave utilizadas fueron: Abdomen abierto, herida, abdomen, laparotomía y enfermería. A la cual se añadió un segundo grupo de términos: persona, experiencia, heridas crónicas, cuidado de las heridas, teoría fundamentada y calidad de vida, en idiomas español, inglés y portugués, se encontraron 127 artículos.

La mayor parte de las referencias identificadas fue eliminada porque el tema se centró en aspectos como: las causas del abdomen abierto, la descripción de la técnica quirúrgica, las complicaciones más frecuentes, las técnicas para el cierre primario y los diferentes materiales utilizados para la curación de las heridas, entre otros.

Después de la exclusión de estos artículos, 57 permanecieron, porque se consideró aportaban en aspectos epidemiológicos, con impacto social y psicológico, en la calidad de vida y en la experiencia atribuida a la condición de tener una herida.

Esta revisión fue adelantada en dos momentos: Primero, al iniciar el proceso de construcción del proyecto, para entender las perspectivas subyacentes, las creencias y los valores de otros investigadores, y luego usar tal información para justificar la propuesta de investigación y proporcionar un contexto para el estudio¹. Segundo, al finalizar la codificación para contrastar aspectos específicos que surgieron en el desarrollo de las categorías y en el planteamiento teórico que se expone en el capítulo de resultados, se incluyeron otros artículos.

Es así como este marco de referencia contiene el abordaje del área temática de cuidado a la persona con heridas por abdomen abierto y sintetiza el conocimiento construido y los vacíos evidentes en la literatura que dan soporte a la propuesta de investigación.

A través de la síntesis del impacto social, teórico y disciplinar, se establece la importancia de realizar la investigación en el área de cuidado a la persona con herida crónica, especificando los enlaces con el abdomen abierto, resaltando el impacto que genera el tener una herida a nivel personal, y se describe la competencia de los profesionales de enfermería al brindar cuidado a las personas que tienen esta vivencia. Finaliza el capítulo con el área problemática, se formula la pregunta de investigación, el propósito y los objetivos.

1.1 Fenómeno

Burns y Grove² sugieren a los investigadores la necesidad de considerar cuidadosamente como, un fenómeno debe ser definido, interpretado y recolectado. El primer desafío fue delimitar el fenómeno de investigación, debido a que vivir con una herida crónica por abdomen abierto podría ser visto desde diferentes perspectivas. Sin embargo, el interés principal se situó con relación a la persona que tenía esta vivencia; gracias a la importancia disciplinar, teórica y social que mostraba el fenómeno, así como los vacíos que reflejaba dicha perspectiva.

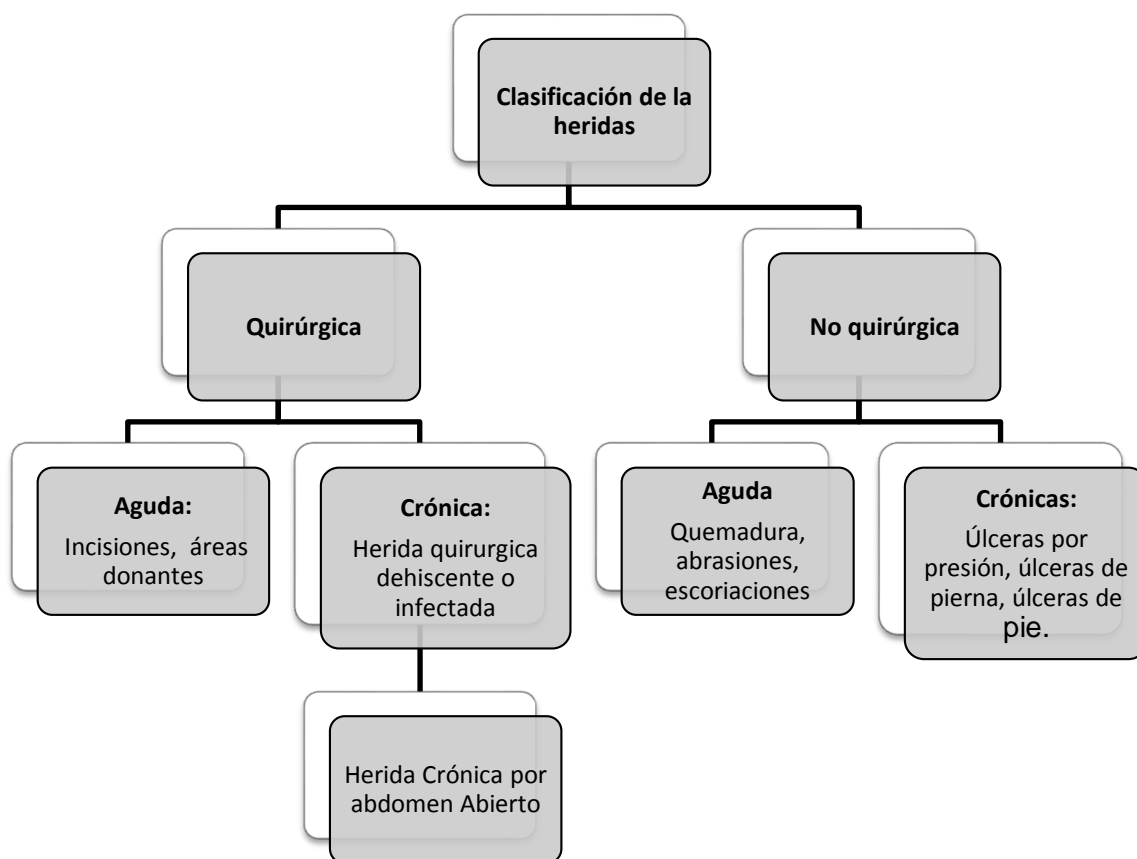
1.2 Descripción del área problemática:

Conceptos y epidemiología de las heridas por abdomen abierto.

Los indicadores epidemiológicos refieren que las heridas crónicas más frecuentes en la evaluación de los pacientes son: úlceras venosas, úlceras arteriales, úlceras diabéticas y úlceras por presión³. Al ser las causas más frecuentes, la mayoría de investigaciones previas han estudiado estas patologías.

En el área de heridas crónicas, existen también las heridas quirúrgicas dehiscentes o infectadas, que debido a su evolución tórpida también han requerido un mayor tiempo para el cierre; cumpliendo los criterios para ser clasificadas como crónicas, tomando un tiempo mayor ⁴ a treinta días⁵ o seis semanas⁶ para el cierre. La figura 1-1 muestra la clasificación de las heridas.

Figura 1-1: Clasificación de las heridas



Fuente: Van Rijswijk. L. Wound assessment and documentation; In; Krasner D, Kane D. Chronic wound care: a clinical source book for healthcare professionals. 2da Edición Health Management Publications, Wayne. 1997. Cap. 4, p 18.

Las heridas por abdomen abierto se mantienen abiertas durante un periodo de tiempo, que puede abarcar días, semanas o más; dependiendo de la extensión de la lesión o edema⁷ y cerca del 40% requieren un cierre por granulación⁸, lo cual prolonga el tiempo requerido para la cicatrización.

El uso del abdomen abierto como una estrategia para la gestión de las emergencias abdominales es un fenómeno relativamente nuevo. Debido al avance de la ciencia y a un nuevo cambio de paradigma que ha ocurrido durante los últimos 20 años en los pacientes que requieren cirugía abdominal emergente, cambiando del cierre inmediato definitivo

hacia uno abreviado, o de control de daños, la laparotomía, después de lo cual se deja abierto el abdomen⁹.

En la técnica quirúrgica de abdomen abierto, la cavidad abdominal es dejada abierta para el tratamiento de los pacientes que presentan lesiones abdominales complejas¹⁰. Surgió de la necesidad de ayudar en la terapéutica y el pronóstico de las personas con:

- Trauma abdominal¹¹
- Infección intraabdominal severa: peritonitis¹⁰
- Hipertensión intraabdominal: se produce cuando el contenido del abdomen (visceral o no visceral) en expansión excede a la capacidad continente de la pared abdominal en todo su conjunto, constituido por estructuras inextensibles (como la caja ósea subcostal, el eje vertebral asociado a musculosas estructuras paraespinales, la caja pélvica mayor, los grupos musculares lumbares) y elásticas, como la pared muscular anterior del abdomen y la móvil barrera transdiafragmática¹²
- Síndrome compartimental abdominal: aparición de síntomas que incluye una mayor presión abdominal y la disfunción orgánica múltiple subsiguiente, que puede presentarse en pacientes con pancreatitis, hemorragia, u otras condiciones que dan lugar a edema de intraabdominal¹³.
- Manejo con cirugía de control de daños: procedimientos quirúrgicos que se ocupan temporalmente de las lesiones muy graves, para estabilizar al paciente antes de que se puedan realizar procedimientos quirúrgicos definitivos¹⁴, facilitando la operación abreviada en pacientes fisiológicamente agotados.
- Resultado de una complicación quirúrgica: dehiscencia de la pared abdominal (por infección o necrosis) secundario a una pérdida de la integridad del abdomen por trauma o tumor¹⁵

Desde la década de 1990, el uso de técnicas de abdominales abiertas se ha convertido en un componente común de la gestión de traumatismo abdominal grave¹⁶.

El manejo de la herida después del abdomen abierto es el mayor problema clínico¹⁷. Normalmente, el cierre primario de la fascia abdominal no se realiza debido a que es una enfermedad crítica persistente. La mayoría de los pacientes tienen que pasar mucho

tiempo para estabilizar el estado de la enfermedad y asegurarse de que el tejido de granulación crece bien en áreas de la herida¹⁸.

Sólo en esas condiciones, pueden recibir una operación definitiva para cerrar permanentemente el abdomen; por lo tanto, el desarrollo del tejido de granulación temprano es indispensable para aquellos pacientes que no pueden tener cierre primario¹⁹. El proceso de cicatrización después del abdomen abierto es complejo y está influenciado por numerosos y diferentes factores y tipos de células. Estos factores influyen directamente en la restauración de la estructura arquitectónica y función, que someten al paciente a estancia en el hospital y a la reparación de los pacientes con defectos de la pared abdominal. Pocos informes en el presente están relacionados con esos factores concretos, disponibles en el tratamiento de heridas abdominales²⁰.

A continuación se presentan los datos relacionados con los datos epidemiológicos encontrados hasta ahora:

El éxito de la gestión de estos pacientes gravemente enfermos ha dado lugar a la creación de un problema a largo plazo. Mientras que entre un 20% - 75% de los pacientes que sobreviven manejados con abdomen abierto tendrán la fascia abdominal cerrada antes de la salida, el resto de los pacientes pueden someterse a la reconstrucción de la pared abdominal²¹.

Históricamente, dejar el abdomen "abierto" fue considerado un fracaso quirúrgico. Debido a que saliendo del quirófano antes de completar todas las reparaciones definitivas, se pensaba que producía un aumento en la posibilidad de absceso intraabdominal, fístulas intestinales, la evisceración, la disfunción de múltiples órganos y la muerte²².

Sin embargo, la evidencia ha ido modificando estos conceptos, en el estudio de Cothren y colaboradores²³, que analizó el uso de la nutrición enteral para pacientes con abdomen abierto, durante un periodo de siete años, que incluyó 597 pacientes, describe una tasa total de mortalidad del 14%. En este estudio la muestra fue constituida en su mayoría (77%) por hombres con una media de 38 años de edad, y una desviación estándar (DE) de 0.7. La duración media de la estancia en la unidad de cuidado intensivo quirúrgica fue de 37 días, el total de la estancia hospitalaria fue de 92 días. De los pacientes, 548 (92%) tenían

un abdomen abierto después de una operación de control de daños, mientras que el resto experimentó el síndrome compartimental abdominal. La media total (SD) de las operaciones abdominales fue 3,5 (0,1), las complicaciones informadas incluyeron 130 pacientes (22%) con absceso intraabdominal y 218 pacientes (37%) con neumonía.

DuBose y colaboradores¹¹ realizaron un estudio observacional prospectivo para examinar la historia natural del abdomen abierto después de un traumatismo, e identificaron factores de riesgo para el fracaso en el cierre fascia primario definitivo. Incluyeron un total de 572 pacientes, la mortalidad global fue del 23%. La muestra descrita también fue en su mayoría por hombres (79 %), media (DE) de edad de 39 (17) años. El cierre fascia primario inicial se logró en 379 pacientes (66 %) y el resto no lo lograron. Concluyen que entre los factores de riesgo independientes para que no se logre el cierre primario están: el número de reexploraciones requeridas, el desarrollo de absceso/sepsis intraabdominal, infección del torrente sanguíneo, la insuficiencia renal aguda y la formación de fístula entérica.

En estudios, como el desarrollado por Subramonia y colaboradores en el 2009²⁴, el objetivo fue estudiar los resultados en pacientes con abdomen abierto con el sistema de cierre abdominal asistido por vacío (Terapia VAC). De los 51 pacientes, 33 fueron hombres y 18 mujeres. La cicatrización de la herida se logró en 31 (61%) pacientes, de los cuales cuatro se sometieron a cirugía adicional para ayudar al cierre de la herida. El resto fue curado por segunda intención, 18 pacientes tuvieron una cobertura cutánea estable sin hernia incisional (definida como la apariencia localizada o generalizada de debilidad de la pared abdominal en la zona de la herida²⁵), 12 desarrollaron una hernia incisional, 9 se perdieron durante el seguimiento y 12 murieron.

Con relación al número de cirugías en este mismo estudio reportan que se realizó laparotomía a 28 pacientes, 15 fueron sometidos a dos operaciones, 6 fueron sometidos a tres operaciones, y dos tenían más de 10 cirugías; la duración de la estancia hospitalaria fue de 39 días, (rango de 21-66 días) y 27 pacientes (53%) pasaron una mediana de 22 de días (con un rango 2 a 28 días) en la unidad de cuidados intensivos. Las principales indicaciones para el uso de la terapia VAC fue por el exudado incontrolable, que requería cambios de apósito al menos dos veces al día (20 pacientes), exposición intestinal (19 pacientes), defecto de la pared abdominal significativa con o sin dehiscencia fascial (35

pacientes) , y herida que no sana luego de una semana de la cirugía (5 casos). De este estudio se concluye que el cierre por segunda intención, condiciona una lenta recuperación, incapacidad prolongada, intervenciones quirúrgicas tardías y elevados costos de salud.

Un estudio reportado por Garcia-Núñez y colaboradores²⁶, reporta una mortalidad global del 35%, en pacientes sometidos a técnica de abdomen abierto. La estancia hospitalaria media fue 46 días; todos los pacientes fueron del sexo masculino (100% [17/17]); la edad media fue 28.2 ± 10 años.

Con relación a la morbilidad a largo plazo, Bosscha y col²⁷ realizaron seguimiento por siete años a 95 pacientes sometidos a abdomen abierto por peritonitis bacteriana grave, pancreatitis infectada y necrotizante. 39 pacientes murieron durante la primera estancia en la unidad de cuidados intensivos estancia y 12 como consecuencia no relacionada con la peritonitis, como fueron las enfermedades sistémicas después del alta. Los 41 pacientes restantes revisados mostraron significativa morbilidad a largo plazo.

Con base en la evidencia recuperada se puede afirmar que las patologías que causan la herida crónica por abdomen abierto, afectan principalmente a adultos jóvenes²⁸ con una edad cercana a los 40 años^{29 23} además, cerca del 40% de las personas sometidas a esta técnica quirúrgica requieren un cierre por granulación; con un promedio de tres reintervenciones quirúrgicas previas al cierre definitivo³⁰ y un aumento de la mortalidad con cada re intervención^{31, 11}; sin embargo se desconoce qué pasó con las personas que no respondieron a las técnicas y tratamientos hasta ahora instaurados para el cierre del abdomen. Por lo tanto, es labor de esta investigación responder a los vacíos evidentes en la literatura y buscar que ha pasado con las personas que aunque fueron sometidas a esta técnica, no lograron el cierre definitivo y han tenido que afrontar su vida con una herida en el abdomen.

Se ha encontrado también que la herida crónica por abdomen abierto, se presenta en hombres y mujeres con diferentes grados de escolaridad, clase social, ideologías y posiciones frente al mundo³². Cualquier persona adulta está en riesgo de sufrir un trauma abdominal y ser candidato para dejar el abdomen abierto y posiblemente desarrollar una herida crónica, por lo tanto es fundamental establecer mecanismos de investigación, que

nos permitan conocer que está sucediendo con estas personas y mitigar los efectos generados por esta situación.

De otra parte y en complemento a lo anterior, como investigadora durante la práctica clínica en el cuidado de paciente con heridas, he observado que además del aumento significativo que en los últimos años ha tenido el abdomen abierto como resultado de procesos quirúrgicos, se llevó a cabo un estudio epidemiológico en los hospitales de las diferentes regiones de Colombia, en el que participaron 11 hospitales. Obtuvieron como resultados 185.405 egresos hospitalarios durante el año de 1995, 50.9% presentaba herida quirúrgica; de los cuales el 0.25% presentó laparotomías. De los pacientes con herida quirúrgica, presentaron infección global 6.12%. En todas las heridas, el manejo básico era realizado por las enfermeras y en algunos casos también por auxiliares de enfermería y/o médicos³³.

Con relación al impacto económico que generan las heridas, se conoce que son de alto costo. A nivel mundial se estima que los gastos en el manejo de heridas se encuentran entre los \$13 a 15 millones de dólares anuales⁵. Los costos en que incurre la sociedad para el cuidado de la persona con abdomen abierto se han estimado en la primera etapa, ya que se conoce el costo de las cirugías y la hospitalización inicial, donde se encuentran reportes de tiempo de hospitalización prolongada (42 días³⁴, 54 días³⁵, 91 días²⁶, siendo gran parte de esta hospitalización en la unidad de cuidado intensivo³⁵), con un promedio de 4 cirugías³⁶ por paciente, asociado con una mortalidad variable (21%³⁷, 30%³⁸, 35%^{34, 26}); sin embargo con el curso crónico que puede tomar la herida, los costos pueden aumentar debido a las complicaciones y necesidades de las personas que tienen esta condición.

También la persona con una herida crónica genera un impacto social indirecto que no ha sido estimado y que incluye: la pérdida de días laborables, la jubilación forzada y la disminución de la productividad³⁹, las complicaciones quirúrgicas, la necesidad de recibir cuidado de enfermería y apoyo psicológico, entre otros posibles requerimientos. Es preciso señalar que estos costos se incrementan teniendo en cuenta que la cirugía por abdomen abierto se realiza en su mayoría a personas jóvenes⁴⁰ y por lo tanto en etapa productiva²⁶.

A pesar de los datos incipientes, es posible concluir que las heridas crónicas dentro de las cuales se encuentra el abdomen abierto generan un alto impacto epidemiológico, social y económico. Sin embargo, no se conoce cuál es el impacto personal de esta condición; en tal sentido, este tema debe ser abordado desde la investigación con el fin de mitigar los efectos que una herida por abdomen abierto genera en la salud a las personas que tienen esta vivencia.

1.3 Tratamiento y complicaciones de las heridas por abdomen abierto.

Se puede afirmar que la decisión de dejar el abdomen abierto es una opción terapéutica, que está indicada para reducir los daños potenciales que puede sufrir la persona y aunque el cierre primario de la fascia es la primera elección, debido a la imposibilidad de cumplir esta meta, se han desarrollado otras estrategias para asegurar el cierre secundario. A menudo se utilizan mallas y/o tejido de granulación, dejando un cierre de la herida por segunda intención, creando una hernia ventral planeada⁴¹, la cual puede ser corregida en una etapa tardía. Lo anterior condiciona una lenta recuperación, incapacidad prolongada y necesidad de una re intervención tardía.

La creciente prevalencia del abdomen abierto ha llevado al desarrollo de numerosos métodos de cierre abdominal temporal^{42, 43, 44}. Aunque estas estrategias han permitido mejorar la supervivencia, presentan en su conjunto un desafío. De hecho, a pesar de una amplia variedad de técnicas para el manejo inicial del defecto resultante, existe una escasez de información sobre la gestión definitiva de la hernia ventral planeada⁴⁵.

Sin embargo, a pesar que el abdomen abierto permite tratar lesiones abdominales complejas¹⁰, durante el período que permanece abierto puede presentar complicaciones asociadas con la herida, entre las que se destaca la aparición de fístulas⁴⁶, (conexión anormal entre el tracto gastrointestinal y la piel⁴⁷) con una mortalidad que aumenta entre el 6% al 20%^{48, 49}. Ivatury reporta incidencia del 1 al 2% de casos, y disminución importante cuando se interpone el epiplón⁵⁰. Brindle y Blankenship reportan que los pacientes con

fístula entero cutánea presentan un retraso y alteración en la cicatrización de la herida, aumento del dolor, la frustración y la depresión relacionada con la imagen corporal⁵¹.

Las heridas crónicas, constituyen en la actualidad un enorme problema clínico que afecta la calidad de vida del paciente. Representan un desafío para las instituciones y grupos especializados, pues generan altos costos al sistema hospitalario, representado en largas estancias hospitalarias y un lento retorno a la vida laboral⁵²

Estudios previos también refieren que la morbilidad y la calidad de vida a largo plazo, afectan a los pacientes que han requerido tratamientos complejos por sepsis abdominal, lo que ha llevado a disfunción de la pared abdominal que resulta en una hernia, polineuropatía persistente y trastornos mentales que necesitan apoyo psiquiátrico⁵³.

Hasta donde sabemos, pocos datos están disponibles de la calidad de vida de los pacientes que sobreviven a este abordaje quirúrgico agresivo^{54, 55}.

Por otra parte, es importante referir el avance que ha tenido el desarrollo de investigación con relación a la terapéutica para el manejo de las heridas crónicas, en la cual se aplican los principios básicos requeridos para la cicatrización, como lo son: conservar el ambiente de la lesión húmedo y cubierto, prevenir la infección y realizar el desbridamiento, si es necesario⁵.

Entre los avances se encuentra la identificación de los factores que no favorecen la curación de las heridas y que afectan negativamente a la cicatrización, como: la edad avanzada, la infección, la falta de higiene, la desnutrición, la enfermedad crónica concomitante, especialmente la diabetes mellitus, la enfermedad vascular periférica, el uso de medicamentos como: corticosteroides e inmunosupresores, el consumo de cigarrillo, el estrés emocional, el inadecuado o inapropiado cuidado de la herida, la excesiva sequedad o humedad y el edema⁵⁶.

Luego de la revisión de los avances relacionados con la epidemiología y la visión general del abdomen abierto, se concluye que las técnicas y procedimientos para la curación de

las heridas crónicas han aumentado, así como el uso de nuevas terapéuticas, en el cual se conocen algunas perspectivas con relación a la mortalidad; incidencia principal en hombres, tiempo prolongado de estancia hospitalaria y las complicaciones derivadas como los defectos en la pared abdominal, formación de fistulas y aumento de la morbilidad.

1.4 Impacto de tener una herida

A continuación se abordaran las alteraciones en la calidad de vida de las personas con enfermedad crónica y las experiencias relacionadas con tener una herida crónica, que han sido reportadas por pacientes que presentan ulceraciones de origen vascular, metabólico y por úlceras por presión.

El proceso crónico que inicia la herida hace necesario la revisión de lo que implica la cronicidad para la persona. La cronicidad tiene diversas concepciones como estado o como proceso. Cuando es concebida como un estado se caracteriza por la indisposición e incapacidad asociada con la presencia de una alteración patológica prolongada e irreversible, que implica incapacidad residual. Pero si es vista como un proceso, la cronicidad hace referencia al deterioro progresivo vivido de manera única y total por cada una de las personas, familias y grupos que la asumen. Como tal es continua y cambiante, tiene ritmos alternantes e imprime modificaciones en la vida diaria, en todas las dimensiones del ser humano³².

En este proceso, con frecuencia, se requieren supervisión, observación, cuidados especiales, adaptaciones o rehabilitación, es decir, alta intervención social y de los servicios de salud³².

La persona con enfermedad crónica puede sentir impotencia, exacerbación del síntoma, fallas en la terapia médica y deterioro físico. Aspectos que implican manejar muchos factores al tiempo, que conllevan a la pérdida de confianza en sus capacidades corporales, habilidades en el trabajo y en las relaciones familiares⁵⁷.

Chaparro⁵⁸ refiere que el significado y las experiencias de la persona con enfermedad crónica se manifiestan en una constante situación amenazante para la vida, en donde cada vez con más frecuencia se da mayor importancia a los síntomas y a las incapacidades

generadas por la condición. Los periodos de exacerbación demandan más cuidado y es difícil mitigar posibles daños con secuelas permanentes.

Linder D⁵⁹ habla sobre el deterioro acumulado en el curso de la vida, el cual es una construcción teórica en referencia a la carga no reversible de una enfermedad crónica de la piel con el tiempo. En algunos pacientes y situaciones, esta carga puede llevar a un deterioro crónico y la pérdida de oportunidades y, por último, la persistencia de daño psicosocial y personal. Las heridas crónicas, como úlceras en las piernas, úlceras de pies diabéticos o isquémicos y úlceras por presión son un grupo heterogéneo de defectos de tejidos crónicos que comparten el estancamiento de la cicatrización de la herida debido a una enfermedad subyacente. La mayoría de los pacientes sufren de marcadas reducciones de la calidad de vida, incluyendo el dolor, el malestar físico, las limitaciones funcionales, la carga social, así como los trastornos psicológicos⁵⁹.

Diferentes investigaciones hacen referencia al impacto que las heridas crónicas de mayor incidencia generan en la calidad de vida de las personas, entre ellas se destacan variables como el dolor, que es un síntoma común en las personas con heridas crónicas⁶⁰, las alteración del sueño y en la imagen corporal, como refieren y colaboradores Heinen y col⁶¹ identificaron los principales problemas de las personas con úlceras en las piernas entre los que se encuentran: el dolor (85%), inconvenientes para salir a la calle (47%) y los problemas para encontrar calzado adecuado (60%).

El estudio realizado por Pazos y Dopico⁶² dónde estudiaron la variación en el dominio físico de la calidad de vida en pacientes con lesiones crónicas de la piel cuando son tratados por una enfermera de la clínica, los resultados demuestran que la presencia de enfermedad crónica, la necesidad de tratamiento continuo durante un período prolongado, la edad avanzada y las dificultades socioeconómicas son factores importantes en la determinación de la calidad de vida para esta población

En el estudio que tuvo por objetivo identificar cómo es la salud mental de las personas que sufren de heridas crónicas. Los resultados muestran que hay una pérdida de la autoestima, dolor, deterioro de la calidad del sueño, incapacidad para trabajar, vergüenza y dificultad para relacionarse socialmente, dando lugar a una propensión a problemas emocionales. Los investigadores concluyen que la persona que sufre de heridas crónicas presenta propensión a desarrollar problemas que ponen en riesgo su salud mental⁶³.

Es importante señalar que las personas con úlceras en las piernas refieren problemas para dormir y dolor crónico, para el cual con mucha frecuencia no reciben tratamiento⁶¹. Más aún, el dolor que experimentan los pacientes cuando tienen una herida, por lo general, no está reportado en las notas de enfermería; tan solo un 15% de las historias clínicas, lo registra⁶⁴.

En el estudio de Gorecki y colaboradores⁶⁵, el dolor era común en los pacientes con úlceras por presión y también informó que en gran parte, no fue reconocido por los profesionales sanitarios (dolor por úlcera por presión no evaluado), y rara vez el dolor de la PU fue evaluado formalmente. Para muchos, la analgesia fue ineficaz o sólo parcialmente eficaz. En este estudio también se describen algunas incomodidades por los tratamientos tópicos, ya que causaron dolor y picazón (durante el cambio de apósitos o desbridamiento), impidieron conseguir zapatos, emitieron olores desagradables, hubo ropa pegajosa, sucia y manchada, provocaron alergias o erupciones, no impidieron la humedad, no lograron controlar eficazmente el exudado, o no podían salir fácilmente a la calle dejando la herida expuesta.

A nivel local se ha realizado el estudio de calidad de vida relacionada con Salud-CVRS- de personas con heridas complejas que reciben cuidados en una Institución Prestadora de Servicios de Salud Extramural en Cartagena, en el cual se puede concluir que los participantes percibieron su CVRS como mala, resaltando con baja puntuación las dimensiones de plenitud personal, funcionamiento ocupacional, bienestar físico y psicológico⁶⁶

Lo anterior refleja algunos de los problemas de las personas con heridas crónicas, así como las posibles intervenciones que se deben realizar, teniendo en cuenta que el dolor está relacionado con pensamientos catastróficos^{64, 67}. Además de los síntomas fisiológicos, las personas experimentan cambios a nivel psicosocial, debido a que las úlceras en las piernas generan un impacto negativo en la funcionalidad fisiológica y psicológica de la persona que las padece⁶¹.

En el área calidad de vida se han construido varios instrumentos específico para evaluar la calidad de vida de las personas con heridas, (ver la tabla 1-1), cómo el desarrollado por Yamada y Santos⁶⁸ en el cual se expone un modelo que podría aplicarse en personas con heridas en la piel de cualquier etiología, aguda o crónica. Para ello, eligieron para

desarrollar una versión específica de un instrumento de calidad de vida en general, ya traducido y validado en Brasil, el Índice de Calidad de Vida Ferrans y Powers (IQVFP)⁶⁹,

Tabla 1-1: Instrumentos específicos de medición de calidad de vida relacionada con la salud en úlceras por presión y úlceras de pierna ⁷⁰

Autor/año	Instrumento	Tema
Hyland, 1994 Reino Unido	Hyland Ulcer Specific Toll	Úlceras de pierna
Price, 2000 Reino Unido	Cardiff Wound Impact Schedule (CWIS)	Heridas crónicas
Smith, 2000 Reino Unido	Charing Cross Venous Leg Ulcer (CCVUQ)	Úlcera venosa de pierna
Bann C, 2003 EE.UU.	Diabetic Foot Ulcer Scale-Short Form (DFS-SF)	Pie diabético
Vileikyte L, 2003 Reino Unido/EE.UU	The Neuropaty –and foot ulcer– Specific Quality of Life Instrument. (NeuroQol)	Pie diabético
Hareendran, 2007-2008 Reino Unido	VLU-Qol (Skindex-29)	Úlcera venosa de pierna
Palfreyman, 2008 Reino Unido	Sheffield Preference –based Venous Ulcer– 5D (SPVU-5D)	Úlcera venosa de pierna

Fuente: González-Consuegra R, Verdú J. Calidad de vida relacionada con heridas crónicas. 2010 ; 21(3): 131-139

La enfermedad crónica y en éste caso la herida crónica, altera el funcionamiento de la persona disminuyendo su calidad de vida, puede poner en duda los supuestos básicos sobre los cuales la construyó y modifica sustancialmente la capacidad para sostener su independencia y autonomía personal, lo que interfiere en el cumplimiento de sus roles cotidianos y en las relaciones familiares y sociales⁷¹.

En síntesis, puede afirmarse que la experiencia de tener heridas crónicas hasta ahora descritas en personas con alteraciones de origen vascular, metabólico y úlceras por presión, alteran la calidad de vida de las personas de manera significativa al generar cambios fisiológicos que afectan el sueño y la movilidad, alteran el rol del individuo, le generan sentimientos de pérdida, aislamiento social y cambios en la imagen corporal, lo cual repercute en la familia y genera retos de cuidado de la salud a los profesionales.

A nivel psicosocial, los principales problemas expresados por los pacientes en investigaciones cualitativas, con relación a heridas producidas por patologías crónicas, son: los sentimientos de regresión, sentir que pierden el control y el poder, sentimientos de impotencia, falta de esperanza, sentirse sucio, dificultades asociadas con el uso de la ropa como problemas al encontrar calzado y tener que seleccionar pantalones largos para ocultar heridas en las piernas⁷². Sentimientos en las mujeres como pérdida de la feminidad, así como la inseguridad ante la enfermedad⁷³.

A nivel físico, los pacientes expresan limitaciones de la movilidad, se les dificulta caminar debido al dolor⁷⁴, o porque son tratados con reposo en cama para el tratamiento de úlceras por presión; estos últimos expresaron sensación de aislamiento, confinamiento, aburrimiento y limitaciones en las actividades diarias. El reposo continuo en cama era considerado anormal⁶⁵, también existe el riesgo de formar nuevas heridas y dificultades de higiene personal⁶¹. Sin embargo, con relación al paciente con herida crónica por abdomen abierto, no se ha encontrado aún evidencia que muestre la experiencia específica en este tipo de heridas, solo se cuenta con el resumen de un artículo que explora la experiencia de las personas que viven con infección crónica por heridas abdominales y como resultados del estudio se resalta la importancia de la confianza que deposita la persona en los profesionales de salud, su familia y amigos, como condición esencial para el éxito de la curación de una herida abdominal⁷⁵.

1.5. Enfermería en el cuidado de la persona con heridas

El cuidado de personas con abdomen abierto es un reto que involucra a todo el equipo de salud, entre estos al profesional de enfermería quien debe velar por un cuidado integral, que incluya un óptimo proceso de recuperación de la persona sometida a este tipo de procedimiento quirúrgico, que disminuya las implicaciones negativas que este proceso, trae para la persona y su familia.

El papel que juega la enfermera en el cuidado de las personas con abdomen abierto es fundamental, ya que al estar en contacto con las personas que tienen esta vivencia, posee la capacidad de liderar su cuidado; al valorar, identificar e intervenir con mayor frecuencia en esta población.

Las complicaciones derivadas de la técnica del abdomen abierto, enfrentan al profesional de enfermería al reto de promover la salud, prevenir las complicaciones, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna.⁷⁶; a pesar de la dificultad y los pronósticos poco alentadores, no solo para la persona enferma, sino también para su cuidador.

En este proceso, la persona con enfermedad crónica y en este caso con herida crónica requiere de la compañía y apoyo de la familia y del equipo de salud. Es allí donde varias enfermeras se han de preocupar por el cuidador familiar, porque como lo refiere Pinto y Sanchez⁷⁷: el cuidador en cumplimiento de sus roles experimenta diferentes sentimientos, que si bien pueden ir desde la culpa a la satisfacción, también se pueden observar sentimientos de soledad, tristeza, nerviosismo, falta de ocio y descanso; que van generando en el cuidador una situación problemática. Siendo pertinente que la enfermera promueva un cuidado de calidad que redunde en el beneficio de la persona que tiene la condición de salud específica y todos los que están pendientes de su cuidado.

Es así que conocer, explicar y apoyar la relación que establecen la persona con enfermedad crónica y su cuidador familiar ha sido fundamental en el fortalecimiento de la

red entre las instituciones y las familias. El cuidador es esencial en el proceso del enfermo crónico, que demanda atención constante y apoyo, debido a la etapa que enfrenta⁵⁸.

En los procesos de enfermedad crónica, la familia al ser el pilar básico de los cuidados,⁷⁸ cobra especial importancia porque apoya al enfermo crónico desde lo físico, espiritual y psicológico, ya que la familia y en especial el cuidador supervisan la salud de los integrantes del núcleo, toman decisiones sobre las medidas para adaptarse en situaciones de desequilibrio, evalúan y buscan ayuda profesional cuando lo creen necesario⁷⁹. Sin embargo, la familia en cabeza del cuidador tiene dificultades técnicas, financieras y emocionales, para el cuidado de la persona⁷⁹. Por tanto, la enfermera debe trabajar en intervenciones específicas que permitan abordar a la persona y al cuidador de manera efectiva. En este proceso, la familia requiere de un acercamiento progresivo con los profesionales de la salud, para la construcción conjunta de conocimiento y toma de decisiones sobre el cuidado de la salud que requiere la persona enferma⁷⁹.

Por ello es fundamental conocer, cuales son las necesidades que tienen las personas en el transcurso de la vivencia de tener heridas crónicas y específicamente la de abdomen abierto, e identificar las necesidades e implementar los cuidados específicos según los hallazgos encontrados, teniendo en cuenta las etapas que se viven durante esta situación de salud. De esta forma se responderá a la sociedad, a la disciplina de enfermería y al desarrollo teórico que esta área requiere.

Vale la pena recordar, que las personas que tienen heridas por abdomen abierto, al vivir un proceso crónico, van a requerir como cualquier paciente con enfermedad crónica un contacto constante con instituciones de salud y van a demandar atención integral para ellos y su familia³². Con el curso crónico de la herida también se tienden a experimentar pérdidas laborales y sociales, manifestadas a través de la soledad o el contacto social limitado, cambios en la relación con amigos y compañeros.

Es frecuente la limitación y modificación de roles y tareas dados por la familia, los amigos y los empleadores, dando así pie a cambios impuestos por la enfermedad y por la sociedad⁵⁸. Más aún, los padecimientos crónicos se relacionan con síntomas de incapacidad que conducen a diversos grados de dependencia y requieren terapéutica a largo plazo⁸⁰; razón por la cual las personas con herida crónica por abdomen abierto,

deben ajustarse a una serie de cambios de rol y asumir que requieren del cuidado de otros, en procesos como la hospitalización, la realización de curaciones y actividades de la vida diaria que debido a las limitaciones causadas por la herida no pueden realizar.

Las personas con una herida por abdomen abierto demandan de un cuidado permanente, deben estar hospitalizadas por periodos de tiempo prolongado y tanto la persona que tiene la herida como su familia deben enfrentarse a situaciones desconocidas y de difícil manejo.

Es un reto para el profesional de enfermería trascender para brindar un cuidado, que cumpla con los requerimientos del paciente y de su familia, basado en los principios humanos que guían la profesión y permiten reciprocidad.

En este sentido, el cuidado de enfermería conceptualizado por el grupo de cuidado de la Universidad Nacional de Colombia,⁸¹ es una orientación útil; señalando ese cuidado como un reto para el profesional de enfermería y que se define como: “la auténtica presencia de las enfermeras con el otro, quien es reconocido como persona que vive y crece en el cuidado. La enfermera intenta conocer al otro como persona que cuida de sí mismo y busca comprender cómo puede ayudar, apoyar y dar fortaleza a la persona”.

A partir de la revisión de la literatura, no se encontró reporte de un consenso que guíe a los profesionales sobre la forma adecuada de cuidar a las personas con herida crónica por abdomen abierto, ni se ha encontrado tampoco una escala para la valoración de las mismas.

Se han encontrado formatos genéricos para valoración de heridas, en los se miden las características biológicas de la herida, las dimensiones de la lesión, el tipo de tejido o características del exudado⁸², herramientas para la prevención y valoración de las heridas de mayor prevalencia, entre los que se encuentran: la clasificación de Wagner para pie diabético⁸³, y la valoración del riesgo de ulcera por presión. Esta cuenta con gran número de escalas, como la de Waterlow⁸⁴, Arnell⁸⁵, Norton⁸⁶, Rubio-Soldevilla⁸⁷, Chaplin⁸⁸, Braden⁸⁹, EMINA⁹⁰ y la de EVARUCI⁹¹. De las cuales se han realizado los estudios correspondientes para revisar la validación, eficacia y precisión en la predicción del riesgo⁹².

Aunque las escalas no contemplan aspectos específicos para evaluar el tratamiento integral de las heridas, aportan elementos importantes a la enfermera para la valoración que realiza de las personas con heridas.

También, el cuidado de las heridas ha sido un tema fundamental en el campo de la enfermería, en donde las enfermeras tratan de mejorar el conocimiento, para aumentar la competencia, con el fin de que la práctica de la atención, no se convierta en un simple cambio de vendajes, sino una terapia basada en una comprensión holística⁹³.

Con relación al cuidado prestado por el enfermero, estudios realizados muestran la experiencia en el tratamiento de heridas en el contexto de atención primaria en salud y resaltan que el cuidado de estas lesiones constituye un desafío⁹⁴. Profesionales de la salud que atienden a esta población, reconocen la necesidad de tratar el dolor y la calidad de vida, junto con la curación de heridas en la clínica y los resultados de los tratamientos locales^{95,96}. Muchos clientes con úlceras crónicas en la pierna son atendidos individualmente en sus hogares por enfermeras de la comunidad. Sin embargo, este modelo tradicional de atención, no siempre puede proporcionar el apoyo social y psicológico necesario para mejorar la gestión eficaz de las enfermedades crónicas y la calidad de vida⁹⁷.

El manejo de heridas, es una de las tareas que más tiempo consume en el trabajo de las enfermeras del distrito, ⁹⁸ quienes a menudo realizan la evaluación inicial de las heridas. En el tratamiento tópico de heridas, él / ella a menudo funciona de forma independiente⁹⁹. Varios estudios revelan que la amplia variedad de apósitos causa incertidumbre^{100,101}, mientras que las directrices para el tratamiento de heridas tienen una función importante¹⁰². Las directrices son esenciales para garantizar el apropiado tratamiento de los pacientes^{103,104}. Sin embargo, para tener un impacto en el cuidado de heridas, las directrices deben ser apoyadas por los administradores¹⁰⁵ y las enfermeras tienen que familiarizarse con el contenido¹⁰⁶.

Un estudio cualitativo realizado por Friman et al¹⁰⁷ describió las experiencias de las enfermeras al tratar a pacientes con diferentes tipos de heridas en centros de atención primaria y de atención en el hogar. Los temas que surgieron revelan que en el desempeño de las enfermeras en la atención de heridas, se sienten responsables de administrar el cuidado de heridas, y sienten confianza en la realización de valoraciones independientes, se esfuerzan para evaluar todos los aspectos de la situación de su paciente y para

mantener la continuidad, tanto en su contacto con el paciente y el tratamiento, un tratamiento profesional. También pone de manifiesto las dificultades asociadas con la ambigua organización. La falta de tiempo, llevó a que el vendaje de las heridas fuese delegado a los auxiliares de enfermería.

El cuidado de la herida en el hogar era considerado como un reto, debido a la falta de equipo y mala iluminación, la ergonomía y la higiene. El estudio identificó las aspiraciones de las enfermeras para proporcionar experto cuidado de la herida mientras, trabajaban de forma independiente. Sin embargo, estas aspiraciones se vieron agravadas por las deficiencias de la organización de salud, como la falta de autoridad y los recursos necesarios para llevar a cabo sus acciones de enfermería de manera óptima.

En síntesis, aunque la presencia de los protocolos de cuidado en casos específicos no asegura un acercamiento a la totalidad de la persona, debido a que pueden fragmentarla y desconocerla como un ser holístico. Es preciso reconocer que ellos son útiles para direccionar los cuidados de enfermería en las personas con condiciones de salud específicas, como las que se viven el proceso de tener una herida por abdomen abierto. Para que la enfermera pueda lograr este desarrollo y responder al reto del cuidado integral, resulta de especial importancia conocer la vivencia que tiene las personas con herida crónica por abdomen abierto.

1.6. Problema de investigación

Tener una herida en el abdomen de grandes dimensiones, que a pesar de todos los esfuerzos y cuidados parece imposible de cerrar y permanece abierta por varios meses e incluso años, parece cambiar drásticamente la vida de una persona. Esa situación inesperada es considerada por los profesionales de la salud, un desafío frente al cuidado y por ello se requiere conocer y hacer evidente qué le sucede a la persona que enfrenta este proceso, por lo cual se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿Cómo es la vivencia de la persona en el proceso de tener una herida crónica por abdomen abierto?

1.7. Justificación del estudio

A continuación se describe la importancia de la investigación para el desarrollo disciplinar, profesional, la utilidad y además de lo novedoso en el área temática de cuidado a la persona con heridas crónicas.

A nivel disciplinar es importante debido a la necesidad de investigaciones en el área, que aporten al conocimiento de las vivencias que tienen las personas en esta situación de salud para complementar el conocimiento actual, restringido a vivencias de procesos por heridas crónicas generadas por insuficiencia venosa y arterial, úlceras por presión o por alteraciones causadas por los estados avanzados de diabetes³.

El conocimiento disciplinar de enfermería que se sustenta en el paradigma del cuidado de la experiencia de la salud humana, requiere de un énfasis que se base en la persona y no solo en la herida en el abdomen. Puesto que el cuidado implica más que la suma de las partes de un ser, demanda integralidad y en consecuencia exige de un conocimiento del enfermo, capaz de darse cuenta de los intereses y motivaciones que como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo afectivo⁸¹, le exigen las personas que viven con una herida por abdomen abierto, esta investigación será un aporte importante para ello.

Una característica importante del presente estudio es la importancia que se le da a la disciplina y los aportes que se generen para la práctica profesional y el cuerpo de conocimientos, así como lo refiere Duran de Villalobos¹⁰⁸ quien señala que al mirar las características de las disciplinas profesionales como enfermería, se anota que la práctica va acompañada por un sistema de conocimientos abstractos, de desarrollo dinámico, el cual para su producción y modificación requiere apoyarse en la práctica genérica que, en última instancia, pone de presente los fenómenos y problemas relevantes del conocimiento disciplinar.

Es así que este proyecto surge directamente desde la práctica de enfermería vivida por la investigadora y se fundamenta en la necesidad sentida que existía para cuidar a las

personas en esta situación de salud específica, mirado desde dos perspectivas la falta de conocimientos que apoyara el actuar de la enfermera – investigadora y las necesidades insatisfechas que tenía la persona con abdomen abierto ante la falta de intervenciones fundamentadas en conocimiento que respaldará el actuar de enfermería, esas mismos participantes anhelan que “los responsables de brindar cuidado no solo tengan conocimientos actualizados de las características de la enfermedad, sino que comprendan su condición humana, en momentos difíciles de manejo y adaptación”-¹⁰⁹.

Duran de Villalobos¹⁰⁸ también propone que esta situación obliga a mantener un constante desarrollo y renovación del conocimiento que dé respuestas a las necesidades de cuidado de la sociedad, con participación de las enfermeras en ejercicio profesional, ya que es en la práctica en donde se genera y prueba la validez y calidad de las propuestas teóricas y de la ciencia de enfermería. Desde esta perspectiva la labor que desarrollaba la investigadora en el área asistencial se vincula con la formación de estudios de doctorado, que le permitieron enlazar y validar los conocimientos teóricos con el área asistencial y aportar en el cuerpo de conocimientos que respalde el actuar de enfermería en sus diferentes competencias.

Otro punto importante que justifica este estudio es la necesidad de reforzar los conocimientos propios de la disciplina debido a que como la misma autora citada previamente las enfermeras/os se ven más como usuarias/os del conocimiento que como productoras/os del mismo. Es así que no sólo es necesario que los fenómenos se validen en la práctica, sino que también se compartan para que otros profesionales hagan uso del mismo, y desde este trabajo se aporté a lo plantado por J. Fawcett¹¹⁰, teórica contemporánea en enfermería quien se pregunta “¿cómo se pretende que enfermería sea tomada en cuenta cuando muy pocas de sus publicaciones apuntan seriamente a mostrar soluciones para el conocimiento disciplinar y la práctica?”.

En este proceso la presente investigación trae como resultado la construcción de un planteamiento teórico producto de investigación que se “pueda ligar a la base del conocimiento de la enfermería e incorporarse al desarrollo y formación de teorías propias o adaptadas. Las teorías, a su vez, explican el significado de los resultados de la

investigación y, asimismo, estos deben probarse, para que refuercen su utilidad para la solución de los problemas de la práctica¹¹¹.

Sin embargo también se piensa que “Teoría de la enfermería con frecuencia está siendo un ejercicio puramente teórico con poca relevancia para la práctica diaria de la enfermería¹¹², sin embargo en este estudio se muestra que si bien se ha escrito que el alcance de los resultados cualitativos no son directamente aplicables, este estudio aporta conocimiento y recomendaciones específicas que a través de la teoría fundamentada se han logrado que pueden tenerse en cuenta para la práctica e incluso evidencia, que es fruto del rigor y el trabajo con el que se ha construido el presente trabajo.

Es así que este trabajo es congruente con la razón de ser de la enfermería es la práctica profesional y aporta al conocimiento de enfermería que debe tender a solucionar los problemas de la práctica. Por esta razón, la misión de la investigación que genera, redefine o produce nuevo conocimiento es desarrollar teorías que describan, expliquen, predigan y prescriban el comportamiento de los fenómenos de la enfermería¹¹⁹ así como se fijó y se cumple el objetivo de esta investigación y llega a los primeros peldaños pero es pilar para investigaciones futuras.

Otro punto importante es la utilidad de la investigación sobre la vivencia del proceso de tener una herida crónica por abdomen abierto para la sociedad, debido a que la población que tiene esta condición de salud tiene una edad cercana a los 40 años²⁹, por lo tanto se encuentran en edad productiva y las alteraciones que sufran debido al curso crónico, van a interferir en el rol específico que realizan⁶¹ y también afectará a todas las personas que estén involucradas en el contexto que los rodea.

Las personas que viven con una herida por abdomen abierto, necesitan de una red de apoyo asistencial que garantice la curación y además las respalde en los momentos en los que enfrentan sentimientos negativos que alteran la autoestima y la autoimagen¹¹³. Este conocimiento permitirá un mayor y mejor respaldo a estas personas.

Además a nivel social, es de gran relevancia el impacto económico que pueden generar las heridas crónicas, debido a la pérdida en años de vida laborables, las jubilaciones tempranas y la inversión que se realiza en recursos médicos, en busca de la recuperación del bienestar de la persona. Un esfuerzo en el cual la sociedad a través de los servicios de

salud, destina recursos invaluable en el tratamiento, rehabilitación y prevención de complicaciones de las personas con abdomen abierto. Un conocimiento específico sobre la vivencia de tener una herida por abdomen abierto permitirá enfocar mejor la práctica de la enfermería para dar el cuidado requerido y eventualmente disminuir ese impacto.

El estudio es también útil a nivel educativo ya que el conocimiento que genera servirá para fortalecer el currículo existente, teniendo en cuenta que las prioridades del paciente posiblemente sean mayores a las que hoy se conocen y que tendrá énfasis en la persona que tiene la vivencia, lo que permitirá construir un eslabón que comunique el desarrollo de un cuidado de enfermería acorde con las necesidades de la persona que tiene esta condición específica, privilegiando una visión más integradora del ser humano. Por lo tanto este conocimiento respaldará un cuidado holístico de la persona con una herida crónica por abdomen abierto y podrá redundar en servicios de calidad, humanos y coherentes con las expectativas de las personas que lo requieren.

A nivel profesional el estudio es importante debido a que es responsabilidad del profesional de enfermería, el cuidado de la persona con heridas crónicas y por lo tanto la valoración, tratamiento, rehabilitación y prevención de complicaciones, permitirán mitigar las implicaciones que a nivel personal y familiar genera el curso crónico de este tipo de heridas. Los aportes que este proceso investigativo generen, respaldarán una mejor comprensión frente al cuidado de las personas con abdomen abierto y generarán espacios de reflexión, en torno a la responsabilidad que tiene el enfermero en el cuidado de la persona que vive cambios en la imagen corporal, la autoestima y el rol que desempeña en su núcleo familiar y social, entre otros.

Una de las principales características que hacen a este estudio es buscar la comprensión de la vivencia de tener una herida por abdomen abierto, proceso que además no se había visto como crónico, pues se esperaba que la herida se cerrara en los primeros días y estaba contemplada como un proceso agudo que se resolvía en las primeras semanas y que era el resultado del manejo terapéutico ante diversas patologías.

Es también novedoso el enlace que el estudio realiza en respuesta a los vacíos de la literatura, la asesoría de expertos y la experiencia que ha tenido la investigadora con estos pacientes.

1.8. Propósito

El presente estudio, pretende aportar en la construcción del conocimiento de enfermería en el campo del cuidado a la persona con herida por abdomen abierto, con sustentos teóricos que documenten y hagan más comprensible la vivencia que tienen dichas personas. Con los resultados de la investigación se espera que las enfermeras tengan un referente para un cuidado adecuado y acorde con las necesidades de sus pacientes, en cada una de las etapas que viven durante el proceso. Además se proyecta que la construcción teórica resultado final de este estudio, sea fuente para el desarrollo de futuras investigaciones en el área.

1.8.1. Objetivo general

Describir la vivencia de la persona en el proceso de tener una herida crónica por abdomen abierto

1.8.2. Objetivos específicos

- Describir los significados que la persona le atribuye al proceso de tener una herida crónica por abdomen abierto.
- Comprender la experiencia de la persona en el proceso de tener una herida crónica por abdomen abierto.
- Construir un planteamiento teórico del proceso que vive la persona al tener una herida crónica por abdomen abierto.

2. Marco conceptual

A continuación se proponen los conceptos centrales: persona con herida crónica por abdomen abierto, vivencia y proceso.

2.1. Persona con herida crónica por abdomen abierto

La investigación asume como persona con herida crónica por abdomen a un adulto con más de 18 años, que es intervenido quirúrgicamente debido a diversas etiologías, entre las que se encuentran: prevenir o tratar el síndrome compartimental abdominal¹¹⁴, ser el resultado de una complicación quirúrgica: dehiscencia de la pared abdominal (por infección o necrosis¹¹⁵ y secundario a una catastrófica pérdida de la integridad del abdomen por trauma o tumor¹¹⁶.

Como medida terapéutica el abdomen no se cierra, para permitir nuevas miradas a la cavidad abdominal. La persona es sometida a nuevas cirugías y métodos temporales de cierre de la cavidad abdominal, sin embargo en ocasiones estos mecanismos no son efectivos y la persona sale del hospital para su casa con la herida cerrada solamente hasta fascia y requiere un cierre por segunda intención. La herida debido a esta evolución inesperada y progresiva permanece abierta por un tiempo mayor a seis semanas⁶, generando gran impacto en su vida¹¹⁷.

2.2. Vivencia

El concepto de vivencia se tomó de la fenomenología y de los postulados de Edmund Husserl¹¹⁸. La vivencia queda identificada esencialmente como la percepción e interpretación de un cierto objeto, para esta investigación dicho objeto es: “tener una herida”, sobre lo cual la conciencia es ejercida.

El lado objetivo de la esencia de la vivencia que Husserl denomina *nóema*, involucrará directamente la experiencia de un cuerpo que cambia con la herida.

El lado subjetivo de la vivencia que denomina Husserl *noesis*, es el significado que se da a esta experiencia, es hacer el objeto consciente.

Husserl señala que ninguna vivencia puede ser aislada o separada del objeto al que está dirigida y al que apunta intencionalmente. Es decir, vivenciar el proceso de una herida por abdomen abierto, no es un objeto autónomo o independiente de la conciencia, que es la única fuente dadora de sentido a este proceso.

Para Husserl, objeto y conciencia son dos entidades separadas en la naturaleza que por el conocimiento se pondrán en relación conformando la vivencia. Según sus planteamientos, hay una correlación primitiva a partir de la cual se definen sujeto y objeto como tales con total independencia de lo que exista o no exista en la realidad.

Para este estudio, la vivencia es la suma de la experiencia y el significado de tener una herida por abdomen abierto. Es decir, no basta con tener la experiencia del proceso sino que es el significado que se atribuye a la misma, lo que lo hace consciente, lo que lo integra y le da contexto e intención.

2.3. Proceso de tener una herida crónica por abdomen abierto

La secuencia de acciones, interacciones, emociones y sentido que la persona le da a la vivencia de tener el abdomen abierto a medida que su condición evoluciona en el tiempo y en un espacio dado, es cambiante. Estas acciones, interacciones y emociones pueden ser ordenadas, interrumpidas, secuenciales, o coordinadas, o en algunos casos darse en el más completo desorden, lo que constituye un proceso de naturaleza evolutiva con diferentes formas, ritmos y pasos relacionados todos con el mismo fenómeno. (Adaptado de Strauss y Corbin (2002)¹¹⁹.

3. Marco de Diseño

A continuación, se presenta el tipo de diseño que se utilizó en la investigación para describir la experiencia y el significado, con el fin de comprender la vivencia y construir un planteamiento teórico del proceso que vive la persona al tener una herida crónica por abdomen abierto. Primero se describe la justificación del diseño utilizado, teniendo en cuenta la utilidad de la teoría fundamentada, para responder a los vacíos en el conocimiento y su pertinencia con relación a los demás diseños existentes y luego se detalla el procedimiento de recolección y análisis de los datos, que en conjunto permiten describir la vivencia de la persona en el proceso de tener una herida crónica por abdomen abierto.

3.1. Diseño de estudio

Cuando las personas son intervenidas con la técnica quirúrgica de abdomen abierto, se espera que la herida sea cerrada en los días posteriores a la cirugía; sin embargo, debido a diferentes complicaciones posquirúrgicas el cierre de la herida se posterga. El interés de esta investigación es conocer la vivencia de la persona en el proceso de tener una herida por abdomen abierto cuando pasan más de seis semanas, algunos meses e incluso años y está continua abierta. Al tomar la decisión de escoger el diseño del estudio se optó por la Teoría Fundamentada como método de investigación, debido a que existe una relación importante entre la herida que fluctúa en el tiempo y la experiencia que vive la persona, esta metodología permite conocer la trayectoria en el tiempo, lo cual es de interés para el estudio, además es importante tener presente que la teoría fundamentada aporta en la construcción del área de interés, cuando esta no tiene una trayectoria larga y la literatura empírica todavía no da la base¹²⁰ para la construcción de conceptos que permitan otro tipo de estudios.

Otras metodologías permitían tener distintos abordajes del fenómeno pero desconocerían algo tan importante como es el lado objetivo de la vivencia que cambia con el tiempo como lo señala Husserl, es importante tener presente que al ser la herida un elemento esencial en esta experiencia cuyo significado cambia como parte de la vivencia del sujeto, el diseño de investigación escogido permitió describir qué le sucede a la persona durante el tiempo que la herida en el abdomen se encuentra abierta.

Tal como se ha señalado, el fenómeno de vivir con una herida crónica por abdomen abierto es relativamente un área inexplorada y por lo tanto, la colección de los datos y el análisis de los mismos necesitó ser flexible y sensible. La vivencia de tener una herida crónica de este tipo es principalmente un fenómeno social, es algo construido entre dos o más personas, un proceso, acciones e interacciones que implican la indeterminación, realidades múltiples e interpretación.

Si bien el estudio se hubiera podido realizar con algún otro método de investigación, no se quería conocer la esencia de esta experiencia, ni tampoco su relación en medios de los actores sociales, siendo eliminados las metodología fenomenológica o la etnografía, sino que se encontraron características importantes que permitieron escoger la Teoría Fundamentada porque es útil cuando el investigador busca crear una teoría a cerca de cuestiones de importancia en la vida de las personas¹²¹, como es el caso de la construcción de conocimiento acerca de la vivencia que tienen las personas con herida crónica por abdomen abierto.

Se escogió la Teoría Fundamentada debido a que el desarrollo de la investigación es aun insipiente y se requiere de investigación cualitativa que permite entender la vivencia de salud humana y el estudio en su ambiente natural, para interpretar el fenómeno en términos de la experiencia y significado que tiene para las personas¹²².

La inexplorada naturaleza del fenómeno, la necesidad de una recolección de datos y análisis flexible y sensible de acuerdo con el proceso, las acciones e interacciones que involucran múltiples realidades, motivaron a la investigadora a tomar la decisión de adoptar la aproximación mediante la teoría fundamentada.

La teoría fundamentada, es una metodología ampliamente citada y utilizada dentro de las ciencias sociales en general y en la investigación en enfermería¹²³. Se refiere a una teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizada por medio de un proceso de investigación¹¹⁹. Por lo tanto, el objetivo de la teoría fundamentada es explorar los procesos sociales básicos para comprender la multiplicidad de interacciones que produce la variación en ese proceso¹³⁵. Las raíces de la teoría fundamentada se encuentran en el interaccionismo simbólico, que a su vez deriva de las ideas pragmatistas de James, Dewey, Cooley y Mead¹²⁴. Los principios básicos del interaccionismo simbólico¹²⁵ son:

- Los seres humanos están dotados de capacidad de pensamiento.
- La capacidad de pensamiento está modelada por la interacción social.
- En la interacción social las personas aprenden los significados y los símbolos que les permiten ejercer su capacidad de pensamiento distintivamente humana.
- Los significados y los símbolos permiten a las personas actuar e interactuar de manera distintivamente humana.
- Las personas son capaces de modificar o alterar los significados y los símbolos que usan en la acción y la interacción sobre la base de su interpretación.
- Las personas pueden introducir modificaciones y alteraciones por su capacidad para interactuar consigo mismas, lo que les permite examinar los posibles cursos de acción y valorar sus ventajas y desventajas relativas para elegir uno.
- Las pautas entrelazadas de acción e interacción constituyen los grupos y las sociedades.

Esta metodología fue construida originalmente por dos sociólogos, Barney Glaser y Anselm Strauss. Sin embargo existen en la actualidad diversas perspectivas del método^{126, 127}.

Strauss y Corbin¹¹⁹ proponen una perspectiva para el proceso de análisis de los datos que requiere un proceso de codificación abierta, axial, selectiva y recomiendan algunos aspectos que orientaron el análisis de los datos, este análisis se expone en la técnica de análisis de los datos con ejemplos propios de esta investigación.

La construcción teórica a través de la metodología de la teoría fundamentada es un proceso dinámico, no secuencial, es decir que se puede ir y venir a los datos iniciales o códigos vivos, comprobando que la interpretación realizada sea congruente con las

expresiones de los participantes, además es importante destacar que en la teoría fundamentada:

- Se desarrollan y relacionan conceptos, elementos constitutivos básicos de la teoría.
- Se debe realizar comparación constante entre los datos, tanto entre los incidentes de cada entrevista, como los que surgen al comparar las diferencias en las vivencias de los participantes. La comparación constante se refiere al proceso por el cual, la información recolectada es analizada a través de la codificación; consiste en romper en pedazos los datos: frases, oraciones y párrafos, y asignarles un rótulo que los describa. Luego, cada pedazo de información es comparado con otros códigos iguales, con el propósito de establecer similitudes y diferencias, para determinar las propiedades teóricas que el código sugiere¹²⁸.
- La teoría es derivada de los datos recopilados de manera sistemática y analizada por medio de un proceso de investigación¹¹⁹. En este método, la recolección, el análisis y teoría que surgirá de ellos guarda estrecha relación entre sí. Un investigador no inicia un proyecto con una teoría preconcebida, sino comienza con un área de estudio y permite que la teoría emerja a partir de los datos¹¹⁹.
-

3.2. Contexto de desarrollo de la investigación.

El estudio se desarrolló en la ciudad de Bogotá, Capital de Colombia, Sur América, donde hay una población censada de 6.763.325 millones de habitantes en el 2005 y estimada de 7.347.795 millones de habitantes para el 2010¹²⁹. Actualmente la población cuenta con un sistema de salud regido por la Ley 100 de 1993¹³⁰. El sistema de salud se divide en dos regímenes el contributivo y el subsidiado.

El régimen contributivo vincula a las personas que trabajan y sus familias, quienes aportan un pago económico para tener acceso a los servicios de salud.

El régimen subsidiado cubre a la población vulnerable que no tiene posibilidades de realizar pago. Dentro del sistema las clínicas, hospitales o cualquier entidad que presente los servicios de salud se denominan Instituciones prestadoras de salud (IPS) a través de las cuales las personas pueden acceder a la atención en salud.

La investigación se desarrolló a través del contacto con Enfaso¹³¹, IPS del régimen contributivo que presta los servicios de vacunación, servicio de acompañamiento con auxiliares de enfermería, soporte en el manejo de fibromialgia y cuidado especializado de heridas, el trabajo en el área de heridas se sustenta en un modelo de cuidado que brinda atención especializada de personas con lesiones de piel, heridas y ostomías, basándonos en el uso de tratamientos y apósitos de alta tecnología. El Cuidado de Heridas está a cargo de personal profesional especialista en este campo, la experiencia de más de 20 años y los altos estándares de calidad

3.3. Muestra del estudio: Criterios de inclusión y exclusión

Se seleccionaron participantes que cumplieran los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

3.3.1. Criterios de inclusión

- Persona mayor de 18 años.
- Persona intervenida quirúrgicamente bajo la técnica de abdomen abierto y continúa con la herida abierta por un tiempo mayor a seis semanas⁶.
- Persona que no ha tenido reconstrucción abdominal
- Persona cuyo cuidado y tratamiento son ambulatorios.

3.3.1. Los criterios de exclusión

- Persona que presenta herida crónica de diferente etiología a la del abdomen abierto.
- Persona-que se encuentren hospitalizada.
- Persona que en un juicio global del sistema cognitivo no presenten alteraciones mentales: de atención, procesos de comprensión, el enjuiciamiento, la memoria, el estado de conciencia y el comportamiento no demuestren alteraciones mentales, datos que se confrontaran en caso necesario con la historia clínica.

Para el muestreo teórico se buscó maximizar las oportunidades de comparar acontecimientos, incidentes o sucesos¹¹⁹. El procedimiento de muestreo fue dirigido por la lógica de los tres tipos básicos de codificación: abierta, axial y selectiva, mencionados anteriormente y descritos en la tabla 3-1 del proceso de codificación y muestreo.

Tabla 3-1: Proceso de codificación y muestreo¹¹⁹

Codificación / muestreo	Codificación	Procedimiento de Muestreo
Codificación inicial	<i>Codificación abierta:</i> Los datos se descomponen en partes discretas, se examinan minuciosamente y se comparan en busca de similares y diferencias.	<i>Muestreo en la codificación abierta:</i> abierto a todas las posibilidades: persona, lugar y situación que ofreciera mayor oportunidad de descubrimiento.
Fase intermedia	<i>Codificación axial:</i> reducción y agrupación de categorías	<i>Muestreo en la codificación axial.</i> Se buscaron incidentes que demuestren el rango o variaciones de las dimensiones del concepto y las relaciones entre conceptos y acontecimientos que permitan identificar variaciones significativas
Desarrollo final	<i>Codificación selectiva:</i> desarrollo detallado de las categorías, selección de categoría central , integración de categorías	<i>Muestreo en la codificación selectiva:</i> Buscar personas en situaciones específicas que maximizaran o minimizaran las diferencias.

Se consideró la saturación teórica teniendo en cuenta los planteamientos de Munhall quien refiere los siguientes criterios¹³²:

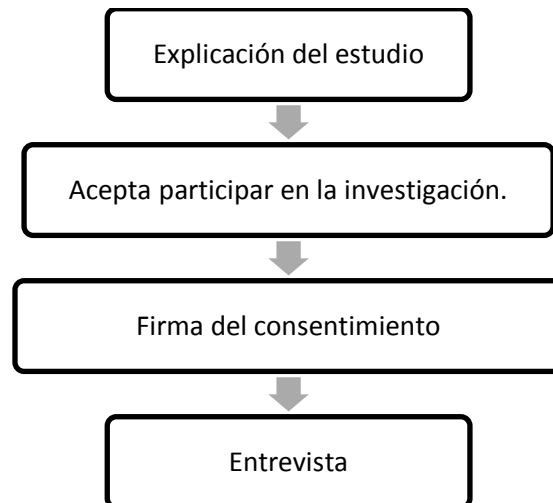
- Cuando al recoger la muestra no se obtiene nueva información. Los participantes del estudio no aportaron nueva información sobre el propósito del estudio y sus narrativas no direccionan la base para que el investigador pueda avanzar más en su aprendizaje.
- Cuando en el análisis no revela nueva información. Aunque es importante anotar que dos participantes con exactitud, no reportan la misma historia y las diferencias de las personas hacen que vivan las experiencias de manera diferente.

3.4. Procedimiento de recolección de la información:

Por su naturaleza, la muestra del estudio la constituyen los datos obtenidos mediante entrevistas a personas que han vivido el proceso de tener una herida crónica por abdomen abierto. Los informantes se seleccionaron a través del contacto inicial que fue facilitado por las enfermeras que hacen parte de Enfaso¹³², IPS que presta los servicios de salud a personas con heridas que se encuentran vinculadas al régimen contributivo en salud.

También se consideró importante incluir personas del régimen contributivo debido a que la vivencia podría cambiar, por lo tanto se entrevistaron personas del régimen subsidiado que fueron contactadas por enfermeros del área asistencial, quienes suministraron información a través del mecanismo de bola de nieve, gracias al cual se encontraron a otros participantes, que no recibían asistencia especializada para el cuidado de la herida abdominal.

A continuación se describe el proceso de recolección de la información, como se detalla en la Figura 3-1.

Figura 3-1: Procedimiento para recolección de la información

Luego de verificar el cumplimiento de los criterios requeridos, la investigadora tuvo un primer contacto con cada uno de los posibles informantes a través de las enfermeras. Una vez que la persona con herida crónica por abdomen abierto aceptara participar, haciéndolo saber de forma verbal, se concertó una cita en un lugar que asegurara las condiciones necesarias para realizar una adecuada entrevista, entre las principales características de los lugares fueron: cómodo para ambas partes, donde el entrevistado manifestara sentirse tranquilo y con la libertad de expresar su vivencia, además se buscaron lugares que favorecieran condiciones adecuadas para la grabación. Las entrevistas se desarrollaron en la casa del participante o en una sala privada cerca del consultorio de curaciones.

El día previo a la entrevista, se confirmó vía telefónica, hora y lugar para el encuentro entre el participante y la investigadora. El día de la entrevista se explicó de nuevo a cada participante: la utilidad del estudio, su objetivo e importancia. La dinámica de la entrevista a profundidad con grabación y transcripción, y se dio espacio para aclarar inquietudes verificando la comprensión de cada explicación. Se señaló que el proceso podía ser interrumpido en cualquier momento si así lo deseaban, sin que ello acarreará consecuencia alguna en su tratamiento. Posteriormente, se realizó la lectura y firma del consentimiento informado, se llenaron datos relacionados en la ficha sociodemográfica y se procedió a la realización de la entrevista.

Por tratarse de un estudio de teoría fundamentada se inició con unas preguntas generales, en este caso se utilizaron inicialmente preguntas derivadas del objetivo del estudio y a medida que transcurrió el análisis de los datos surgieron otras, que permitieron profundizar en los tópicos necesarios de la mano con el muestreo teórico. Las preguntas que inicialmente se plantearon fueron:

- ¿Cómo ha sido su experiencia de vida con la herida en el abdomen? ¿Qué ha pasado?
- ¿Qué ha significado vivir con una herida en el abdomen? ¿Qué quiere decir eso para usted?

Las entrevistas se almacenaron en una grabadora de voz, posteriormente se hicieron dos copias, una copia se utilizó para el trabajo de transcripción y la segunda se archivó por seguridad.

La transcripción de cada entrevista fue realizada por la investigadora principal, ofreciendo una oportunidad para iniciar el análisis de los datos, acogiendo lo que señalan Graham Gibbs¹³³; de escuchar las grabaciones con cuidado y leer la transcripción producida para lograr familiarizarse con el contenido, lo que inevitablemente empieza a generar ideas sobre los datos. Estas ideas fueron registradas en notas denominadas memos.

La transcripción fue un proceso interpretativo¹³⁴ que demandó mucho tiempo y esfuerzo, el cual se inició entre las 12 y 24 horas posteriores a la realización de la entrevista y que evidenció lo que señalan Graham Gibbs¹³³, puesto que en la recolección de datos hubo necesidad de hacer repeticiones entre 4 y 5 veces, las cuales implican bastante tiempo.

Se aplicaron las reglas de transcripción propuestos por Bailey¹³⁴, las cuales se describen en la siguiente tabla 3-3. Es así como se tuvieron en cuenta las puntuaciones, pausas y gestos o algunas expresiones específicas como: llanto o risas que permiten contextualizar la narrativa.

Tabla 3-2: Reglas de transcripción

(?)	Hablar demasiado enredado para transcribir
Hhhhh	exhalación sonora
hhh	Inhalación
[Comienza la superposición
]	termina la superposición
(.)	El silencio, menos de la mitad de un segundo
(..)	El silencio, menos de un segundo
¿?	Entonación ascendente
(mano izquierda en el cuello)	Conducta corporal

Tomado de reglas de transcripción, tomado de Bailey J. First steps in qualitative data analysis: transcribing. *Family Practice* 2008; 25: 127–131.

Luego de tener las entrevistas transcritas en un procesador de texto digital (Microsoft Word 2007), se tuvieron en cuenta tres aspectos¹³⁴:

- Números de línea: se enumeraron las líneas del texto a través de la herramienta que lo permite hacer automáticamente.
- Márgenes: Se dejaron márgenes amplias en las hojas, para anotar e indicar ideas de codificación.
- Espacio entre líneas: dejar el texto con un espacio doble, proporcionando espacio para subrayar, hacer comentarios y encerrar texto.

Con el fin de mantener el anonimato y la confidencialidad, las entrevistas fueron codificadas en orden ascendente iniciando en 01 hasta el 09 y posteriormente se continuó con el 10, 11, 12..., enumerando cada una de las líneas de la entrevista.

La transcripción y codificación completa de cada entrevista se realizó antes de contactar al segundo participante, con el fin de cumplir los criterios establecidos por la metodología de la Teoría Fundamentada.

3.5. Caracterización sociodemográfica de los participantes

Participaron 28 personas, de las cuales 7 fueron mujeres y 21 hombres que cumplieron con los criterios de inclusión y habían vivido con una herida crónica por abdomen abierto por un tiempo, entre dos meses y ocho años, como se especifica en la tabla 3-3.

Tabla 3-3: Tiempo de permanencia de los participantes con la herida en el abdomen

Tiempo de permanencia con la herida	Número de participantes
2 meses	5
3 meses	3
4 meses	4
5 meses	1
6 meses	1
7 meses	1
8 meses	1
10 meses	1
1 año	2
2 años	2
3 años	3
6 años	3
8 años	1

Fuente: Datos del estudio Vivencia de la persona en el proceso de tener una herida crónica por abdomen abierto, 2014.

Los participantes se encuentran en un rango de edad comprendida entre los 18 a 79 años, con una media de 45 años.

Su estado civil corresponde a: 17 casados, 4 separados, 3 solteros, 1 viudo.

En cuanto a la vinculación al régimen de salud: 23 pertenecían al régimen contributivo y 5 al subsidiado. Con respecto a la ocupación: 4 de los participantes refirieron ser pensionados y 24 se encontraban activos laboralmente.

Las principales causas de la herida fueron complicaciones debidas a peritonitis, secundarias a trauma o apendicitis.

El nivel educativo de los participantes fue: 6 habían cursado estudios de básica primaria, 11 de secundaria, 2 educación técnica y 9 universitaria

En Bogotá, las condiciones reales de calidad y cobertura de los servicios públicos, vías de transporte, espacio público y características de las viviendas y otras edificaciones en cuanto a materiales, estado de construcción y grado de consolidación¹, se caracterizan bajo los estratos socioeconómicos, así que se tuvieron participantes de todos los estratos socioeconómicos teniendo como predominante el estrato tres.

Los participantes estuvieron dispuestos a compartir con la investigadora, la experiencia y el significado de tener la herida en el abdomen, a responder las preguntas y a dar su tiempo para ser entrevistados. Seguros de que la investigadora los seguirá manteniendo en anonimato y que el informe final, no tendrá ninguna información no deseada para ellos¹³³.

3.6. Marco de análisis

Aunque existen varias corrientes metodológicas que guían el análisis de los datos en la teoría fundamentada, para esta investigación se seleccionó la metodología propuesta por Corbin y Strauss¹¹⁹ quienes recomendaron un procedimiento dinámico y fluido para el

¹ La estratificación tipifica las condiciones reales de calidad y cobertura de los servicios públicos, vías de transporte, espacio público y características de las viviendas y otras edificaciones en cuanto a materiales, estado de construcción y grado de consolidación. Aplicando este criterio, la población de Bogotá está distribuida en seis estratos socioeconómicos, desde el bajo-bajo hasta el alto; el 50% de la población vive en un nivel bajo medio (estrato 3), el 30% en los estratos bajo-bajo y bajo y los estratos 5 y 6 representan únicamente el 4.3% del total de la población. Tomado de Manuel Alberto Restrepo Medina. Impacto social de los planes de desarrollo: análisis de la inversión social en Bogotá 1995-2004p.196.p.41

análisis de los datos, que además se acompaña de un proceso específico de muestreo dentro del proceso de codificación. A continuación se expone la forma en que se realizó el análisis de los datos obtenidos de las 28 entrevistas a profundidad realizadas a los participantes.

3.6.1. Técnica de análisis de los datos

El proceso de hacer investigación cualitativa no es un proceso pasivo. La teoría no emerge de manera mágica a partir de los datos. El análisis de los datos es un proceso que requiere preguntas astutas, búsqueda implacable de respuestas, observación activa y memoria precisa. Se trata de un proceso de compaginar datos, de hacer obvio lo invisible, de reconocer lo importante a partir de lo insignificante, de vincular hechos al parecer no relacionados lógicamente y de atribuirle consecuencias a los antecedentes. Es un proceso de conjetura y verificación, de corrección y modificación, de sugerencia y defensa: un proceso creativo de organizar los datos de manera que el esquema analítico parezca obvio¹³⁵. A continuación se describe cómo se realizó el análisis de los datos, a través del proceso de codificación propuesto por Corbin y Strauss¹¹⁹: codificación abierta, axial y selectiva:

- **La codificación abierta:**

Para desarrollar el proceso analítico por medio del cual se identificaron los conceptos y se descubrieron los datos sus propiedades y dimensiones.

La codificación abierta es el proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren los datos sus propiedades y dimensiones. En esta codificación los datos se descomponen en partes discretas, se examinan minuciosamente y se comparan en busca de similares y diferencias. Los acontecimientos, sucesos, objetos y acciones o interacciones que se consideran conceptualmente similares en su naturaleza o relacionados en el significado, se agrupan bajo conceptos más abstractos denominados “categorías”¹¹⁹. Las categorías son los conceptos derivados de los datos¹¹⁹.

Este primer análisis se realizó teniendo en cuenta “que para descubrir, nombrar y desarrollar los conceptos debemos abrir el texto y exponer los pensamientos, ideas y significados en él” ¹¹⁹. Para desarrollar esta etapa del análisis, el muestreo fue abierto a todas las posibilidades: persona, lugares y situación que ofrecieran mayor oportunidad de descubrimiento, dentro del contexto previo de la investigación, cumpliendo siempre con los criterios de inclusión. En esta etapa se realizó una selección de informantes por conveniencia teniendo en cuenta el contacto con la institución a la que asisten personas con heridas por abdomen abierto que cumplían los criterios de inclusión.

Los datos de cada entrevista fueron examinados línea por línea, fragmentando la narración y se señalaron los incidentes que se presentaran. En esta codificación los datos se fragmentaron en partes discretas, se examinaron minuciosamente y se compararon en busca de similitudes y diferencias.

Como ejemplo del proceso que se realizó para la codificación, en el siguiente fragmento que hace de la entrevista realizada al participante número 22, primera entrevista (E22-01), líneas 558 – 561, se muestra el texto subrayado con diferentes colores, utilizando esta discriminación para dividir los diferentes incidentes o acontecimientos que expresan los participantes en la entrevista, esta estrategia ayudó a realizar una clasificación inicial de los códigos, (ver tabla 3-4).

Tabla 3-4: Ejemplo codificación abierta

(esta historia es como) “volver a nacer porque yo le pido a mi Dios que de lo pasado mío, rescatar sólo lo bueno, lo malo no, dejarlo todo atrás. Es volver a nacer porque yo aprendí a caminar, a comer, a valorar más a mi esposa, a mis hijas, a mi familia”

E22-01, 558-561

Posteriormente, se etiquetaron o nombraron cada uno de los incidentes con códigos nominales, iniciando el primer paso de la conceptualización, se trata de una representación abstracta de un acontecimiento, objeto o acción/ interacción que la investigadora identificó como significativo en los datos ¹¹⁹. En la tabla 3-5 se relacionan los códigos vivos o palabras

textuales de los participantes, con su respectivo nombre o código nominal, el cual etiqueta los códigos, así como fragmentos de los memos alusivos al código.

Tabla 3-5: Ejemplo construcción códigos nominales

Código numérico	Código vivo	Código nominal
E22-01, 558	<i>volver a nacer</i>	Volviendo a nacer
E22-01, 558	<i>Porque yo a le pido mi Dios</i>	Pidiendo a Dios
E22-01, 558-559	<i>que de lo pasado mío, rescatar sólo lo bueno, lo malo no, dejarlo todo atrás</i>	Rescatando lo bueno
E22-01, 560	<i>Es volver a nacer.</i>	Volviendo a nacer
E22-01, 560	<i>Aprendí a caminar.</i>	Aprendiendo a caminar
E22-01, 560	<i>a comer,</i>	Aprendiendo a comer
E22-01, 560-561	<i>a valorar más a mi esposa, a mis hijas, a mi familia,</i>	Valorando la familia

Estos códigos iniciales se denominan también códigos “in vivo”, porque en muchas oportunidades son palabras que utilizaron los mismos participantes y, como lo sostiene Wuest¹³⁶, llegan a ser el mejor código para reflejar lo que está pasando, como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten¹³⁷.

Los acontecimientos, sucesos, objetos y acciones o interacciones que se consideran conceptualmente similares en su naturaleza o relacionados en el significado se agrupan bajo conceptos más abstractos denominados “categorías”¹¹⁹. Las categorías son los conceptos derivados de los datos¹¹⁹.

Luego de esta clasificación inicial se realizó el análisis comparativo, a través del cual se identificaron objetos, acontecimientos, actos o sucesos que comparten algunas características comunes; lo que dio paso a las categorías iniciales, las cuales son conceptos derivados de los datos, que representan fenómenos¹¹⁹.

A continuación en la tabla 3-6 se muestra un ejemplo de la comparación entre las entrevistas

Tabla 3-6: Ejemplo de la comparación entre entrevistas

Código numérico	Código vivo	Código nominal
E22-01, 560	<i>“yo aprendí a caminar”</i>	Aprendiendo a caminar
E5-01, 28	<i>“yo tuve que aprender a volver a aprender a caminar”</i>	Aprendiendo a caminar
E18-01, 75-76	<i>“me toco aprender a caminar nuevamente”</i>	Aprendiendo a caminar
E13-01, 28-29	<i>“tuve que aprender a pasarme solo a la silla todo”</i>	Aprendiendo a pasarme solo a la silla

El análisis de los datos dio origen a varios códigos nominales, estos a su vez se agruparon y dieron origen a las categorías iniciales Tabla 3-7. En el ejemplo que se ha venido ilustrando, la categoría que surgió del análisis de los datos fue denominada, donde se agruparon otros códigos nominales.

Tabla 3-7: Ejemplo formación de categorías iniciales

Códigos nominales	Categoría inicial
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sintiéndome impactado al no poder moverme. ▪ Guardando quietud por el dolor ▪ Trasladándome en silla de ruedas ▪ Estando acostado ▪ Aprendiendo a caminar ▪ Aprendiendo a caminar como un bebé 	<p>Volviendo a aprender a caminar</p>

- Empezando a caminar pasito por pasito
- Recibiendo terapia porque quería caminar
- Volviendo a aprender a caminar es doloroso

▪ **La codificación axial:**

Strauss y Corbin (1998)¹¹⁹ utilizaron el término “Axial” porque la codificación se produce alrededor del eje de una categoría y el proceso de análisis de las necesidades de vincular las categorías a nivel de propiedades y dimensiones. Para esta etapa fue necesario desarrollar de manera sistemática, dos tareas complejas como lo fueron entender y relacionar categorías y sus subcategorías.

En esta etapa se revisaron las propiedades o características generales de la categoría y las dimensiones que permiten mirar la localización de una propiedad durante un continuo o rango¹¹⁹.

Consecuentemente con el método, los datos que han sido fragmentados se vuelven a relacionar a través de la codificación axial, permitiendo interrelacionar las categorías iniciales, formando finalmente una categoría más sólida, con propiedades y dimensiones más definidas.

En el muestreo durante la codificación selectiva el objetivo fue integrar las categorías según las dimensiones, para formar una teoría, validar las oraciones entre los conceptos y completar cualquier categoría que necesite refinarse mejor.

Se escogieron personas que maximizaran las oportunidades de análisis comparativos, por ellos se escogieron participantes que tuvieran características socio demográficas diferentes a los seleccionados hasta la codificación abierta.

A continuación se muestra la tabla 3-8 que ilustra el proceso de la consolidación de la categoría denominada “Aprendiendo a movilizarme hasta lograr recuperar la independencia”, fruto de la reducción de los datos derivada de la codificación axial. Se puede apreciar el lugar que ocupa el código “Perdiendo la posibilidad de agacharme” y la subcategoría inicial denominada “Limitando el movimiento por temor a que se abra la herida”

Tabla 3-8: Proceso de consolidación de la categoría “Aprendiendo a movilizarme hasta lograr recuperar la independencia”

Subcategoría		Códigos
Aprendiendo a movilizarme hasta lograr recuperar la independencia.	Volviendo a aprender a caminar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sintióndome impactado al no poder moverme. ▪ Guardando quietud por el dolor ▪ Trasladándome en silla de ruedas ▪ Estando acostado • Empezando a caminar pasito por pasito • Recibiendo terapia porque quería caminar ▪ Aprendiendo a caminar ▪ Aprendiendo a caminar como un bebé • Volviendo a aprender a caminar es doloroso
	Limitando el movimiento por temor a que la herida se abra	<ul style="list-style-type: none"> • Evitando hacer fuerzas para prevenir que la herida se abra • Teniendo prohibido hacer fuerza • Perdiendo la posibilidad de hacer en el abdomen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dándome cuenta que no me puedo movilizar para hacer muchas cosas ▪ Haciendo las cosas con dificultad ▪ Perdiendo la posibilidad de agacharme ▪ Perdiendo la posibilidad de hacer deporte ▪ Limitando el ejercicio porque no puedo hacer fuerza en el abdomen ▪ Dándome cuenta que ahora no puedo hacer ▪ Sintióndome amarrado • Sintióndome limitado por la herida <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitando el movimiento previniendo que se abra la herida

Movilizando evitando que los demás me vayan a hacer daño	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teniendo prohibido el transporte público para prevenir un golpe ▪ Quedándome en casa ▪ Teniendo miedo de montarme en bus por miedo a que me lastimen el abdomen. ▪ Andando acompañado. ▪ Andando prevenido ▪ Transportándome en carro o en taxi ▪ Teniendo miedo que alguien se me acerque y por accidente me dañe la piel ▪ Alejándome de la gente para no enfermar ▪ Teniendo que estar encerrada hasta que no me sane la herida ▪ Fastidiándome porque la herida no duele y es peligroso un accidente
Volviendo a movilizarme solo	<ul style="list-style-type: none"> • Revelándome y evitando la quietud • Dándome cuenta que siempre era activo • Dándome cuenta que puedo caminar • Normalizándose y aceptando algunas limitaciones • Intentando usar el transporte público • Sintiéndome recuperado al utilizar el transporte publico • Volviendo a caminar y a usar transporte masivo • Cogiendo el mando movilizándome solo

- **La codificación selectiva**

La codificación selectiva permite integrar los datos en torno a un tema central, esta variable representa el tema central de la investigación, contiene todos los productos de análisis y es una abstracción¹¹⁹. Para considerarse categoría central debe cumplir con los seis criterios propuestos por Strauss y Corbin, en donde una categoría central tiene el poder analítico, dado por su capacidad para tirar de las otras categorías y formar un conjunto de motivos. Debe ser capaz de dar cuenta de una variación considerable dentro de las demás categorías. Una categoría central puede desarrollarse a partir de la lista de las categorías existentes. O bien, un investigador puede estudiar y determinar las categorías que, aunque cada una cuenta por separado parte de la historia, ninguna la captura por completo. Por lo tanto, este constituye otro término más abstracto o frase que se necesita, una idea conceptual según la cual todas las categorías pueden ser explicadas.

En La codificación selectiva, se integraron los datos en torno al tema central “vivir la segunda oportunidad”, como una variable que representa el centro de la investigación, contiene todos los productos de análisis y es una abstracción¹¹⁹. Para considerarse categoría central se tuvo en cuenta que cumpliera los seis criterios propuestos por Strauss y Corbin y que fueron mencionados anteriormente.

Por lo tanto, la frase más abstracta a través de la cual, las demás categorías pueden ser explicadas fue: **“Vivir la segunda oportunidad con una herida en el abdomen: luchando por recuperar la independencia y el control de la vida”**

En el desarrollo de la categoría central, se logró la consolidación de la teoría, donde en una la primera etapa se observa la relación del código inicial que se ha venido desarrollando en el ejemplo. A continuación un fragmento de la primera etapa denominada: **Dándome cuenta que desperté con una herida terrible en el estómago.**

“...Es así que durante la hospitalización la persona luego de pensar casi en morir, retoma fuerzas y decide hacer todo para volver a casa, así que empieza a movilizarse nuevamente, inicialmente en silla de ruedas hasta que logra mover sus piernas y aprende de nuevo a caminar, pero sin la misma firmeza de antes, allí también nota como su cuerpo ha perdido peso y no tiene la misma energía de antes, sin embargo otro logro en este

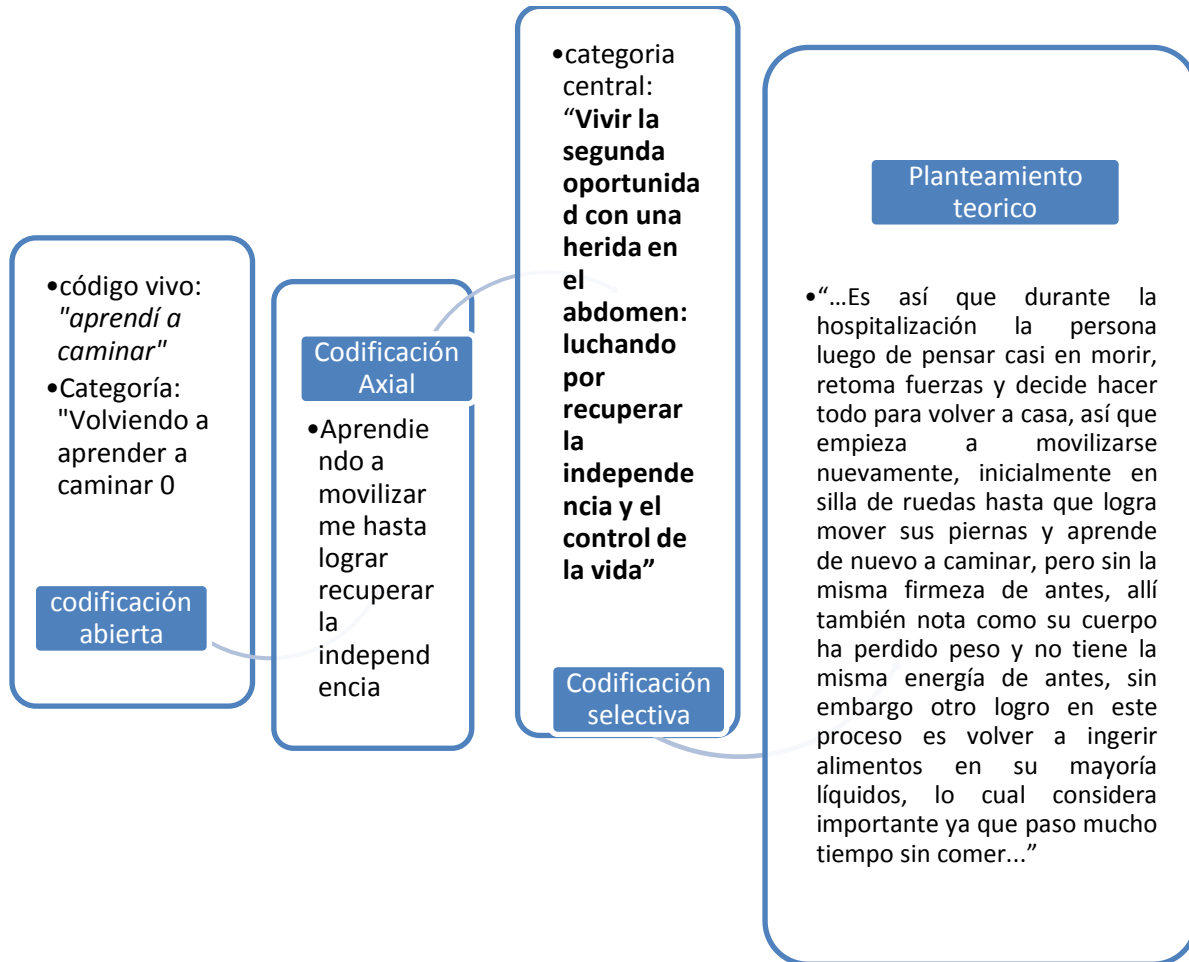
proceso es volver a ingerir alimentos en su mayoría líquidos, lo cual considera importante ya que pasó mucho tiempo sin comer...”

La codificación para el proceso implica concebir o intuir ideas (conceptos), y también formularlos en un esquema lógico, sistemático y explicativo. Por lo tanto, la teoría denota un conjunto de categorías bien construidas, con temas y conceptos interrelacionados de manera sistemática por medio de oraciones que indican relaciones, para formar un marco teórico que explica algún fenómeno social, psicológico, educativo, de enfermería o de otra clase¹¹⁹.

Matriz condicional/ secuencial: es importante debido a que permite ubicar a un fenómeno en contexto, significa construir un relato, sistemático, lógico e integrado, que debe especificar la naturaleza de las relaciones entre los acontecimientos y fenómenos significativos. Representa una interacción constante entre la acción/ interacción (proceso) con las condiciones /consecuencias (estructura), y la naturaleza evolutiva y dinámica de los acontecimientos¹¹⁹.

Tanto la codificación para el proceso, como la matriz secuencial se muestran en el apartado de la presentación denominada Planteamiento teórico. Durante este proceso de análisis se requirió concebir ideas (conceptos), y formularlas en un esquema lógico, sistemático y explicativo. Por lo tanto la teoría denota un conjunto de categorías construidas con temas y conceptos interrelacionados de manera sistemática por medio de oraciones que indican relaciones, para formar un marco teórico que explique el fenómeno¹¹⁹ de vivir con una herida crónica por abdomen abierto, ver la figura 3-2.

Figura: 3-2: resumen ejemplo codificación



Las señales que mostraron que se había alcanzado la síntesis de la información, fueron:

a) la capacidad de hacer descripciones con confianza, sobre cómo actúan, se relacionan o sufren las personas sin necesidad de recurrir a las notas de referencia.

b) la capacidad de mostrar historias específicas como ejemplos para ilustrar una generalización¹³⁵.

Se construyó un relato sistemático, lógico e integrado, que especificó la naturaleza de las relaciones entre los acontecimientos y fenómenos significativos, representando una interacción constante entre el proceso de acción/ interacción y la estructura de las condiciones /consecuencias en medio de la naturaleza evolutiva y dinámica de los acontecimientos¹¹⁹.

Además se utilizó la estrategia de uso de gerundios para codificar, lo cual ayuda a potencializar el análisis teórico, estas “palabras en acción”¹³⁸, preservan las acciones que ya empezaron, los gerundios facilitaron hacer conexiones entre datos y entre códigos. La investigación adquirió así un enlace entre la mayor parte de los datos, las acciones y eventos. Puede decirse que la codificación con gerundios permitió:

- Estudiar los fenómenos emergentes comparativamente.
- Hacer los significados implícitos, las acciones y los procesos más visibles y tangibles.
- Proporcionar conceptos iniciales pero modificables para el manejo, la comprensión y clasificación de grandes cantidades de datos.
- Construir categorías teóricas sucesivamente más abstractas y las relaciones entre estas¹¹⁹.

3.7. Rigor metodológico

Los criterios que se utilizan para evaluar la calidad científica de esta investigación son cualitativos: la credibilidad, la auditabilidad ó confirmabilidad, la transferibilidad y la dependencia, planteados por Lincon y Guba¹³⁹.

La credibilidad se refiere al valor de la “verdad” o “verosimilitud” de los hallazgos¹⁴⁰ cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolecta información que produce hallazgos que son

reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten¹⁴¹.

En la investigación para asegurar los criterios de credibilidad se ha tenido en cuenta el uso de palabras de los mismos entrevistados “códigos in vivo” durante la construcción de las categorías y el planteamiento de la teoría. Se devolvió la información consolidada a los participantes para que verificaran la veracidad de los hallazgos

Luego de la construcción de las categorías y el planteamiento teórico, se realizó el proceso de validación de los datos, el cual implicó volver a contactar a los participantes para que ellos revisaran tanto las seis categorías, como el planteamiento teórico, fruto del análisis de los datos.

En el estudio, para validar los datos se contactaron participantes que como se sugiere para la teoría fundamentada, deben ser expertos en el fenómeno que está bajo investigación. Además que estuvieran dispuestos a participar, y tuvieran tiempo para compartir la información necesaria. Se buscó que fueran reflexivos y dispuestos, y sobre todo capaces de hablar de manera fluida acerca de su experiencia¹⁴², esta condición se valoró teniendo en cuenta la primera entrevista, donde algunos participantes demostraron mayor habilidad para hablar y contar cómo fue la vivencia de tener el abdomen abierto.

Para la selección de las cinco personas que validaron los datos, además de lo anterior se tuvieron en cuenta los criterios descritos a continuación, debido a que se consideraban que el tiempo de permanencia con la herida, la afiliación religiosa o ser mujer u hombre podría cambiar la podían modificar el planteamiento teórico:

- Participante que llevaba menos de dos meses con la herida, en el momento en que se realizó la primera entrevista, pero que debido al tiempo en que tardó la realización del análisis de los datos (dos años), se esperaría ya estuviera en otra etapa del proceso.
- Participante que llevaba el mayor tiempo con la herida.
- Participante que hasta ahora llevaba poco tiempo con la herida (dos meses)
- Participante mujer.

- Participante que manifestó ser ateo o no tener afiliación con un ser superior, debido a que durante este proceso, surgió la duda si el componente espiritual aumentaba como parte de la vivencia analizada.

Se contemplaron los cinco participantes para la validación de los datos debido a que además de cumplir con los criterios establecidos para tal fin, cada uno de ellos a medida que se realizaban las entrevistas referían que la construcción teórica fruto de esta investigación reflejaba fielmente la vivencia que habían tenido con el abdomen abierto, por lo cual se decidió no continuar con la validación de los datos con más participantes.

Luego de la selección, los participantes se contactaron nuevamente por teléfono. En la primera llamada, la investigadora informó los avances del proceso y verificó el interés de los participantes en seguir haciendo parte de la investigación y acordó lugar, fecha y hora, para realizar la nueva entrevista de validación de datos, la segunda entrevista se hizo en dos casos en la casa de los participantes y en los otros tres casos en un consultorio que cumplió con las características de privacidad.

El día previo a la entrevista, se realizó nuevamente contacto telefónico y se verificó la cita para la entrevista.

Para la verificación de los datos, se comentó nuevamente como se realizó el proceso de codificación y se realizó lectura de los códigos que dieron origen a las seis categorías, luego se realizó la lectura del planteamiento teórico.

En este proceso se obtuvieron las siguientes expresiones con respecto al resultado general de la investigación:

- “Lo que está ahí, es lo que yo viví de verdad, igualito, no hay ni una ni otra que quitar” E12-01- minuto 44.
- “*Todo eso pasé, todo eso pasó por mi vida*” E10 -02.
- “*es verdad, la realidad, porque todo eso lo viví, por todo eso pasé*” E10-02

Con relación a algunas categorías se realizaron observaciones como:

- Teniendo que curar una herida terrible en el estómago:
“Aún todavía me da tristeza (ver el estómago), porque le trae a uno muchos recuerdos de todo lo que pasó” E10 -02
“*Así es, la herida a cada ratico se me abría*” “*ver que se va sanando y ver que se vuelve a abrir es terrible*” E10-02
- Cambiando la relación con mi pareja:
“mi esposo es comprensivo, el pasó por lo duro que yo pasé, el me entiende, usted no tiene la culpa, hay que cuidarse, eso hace falta”
“todo va en el amor, ya volver (a tener relaciones sexuales), con mucho cuidado, por el dolor en la barriguita”

Se tuvo en cuenta que las “Nuevas interpretaciones necesitan ser consistentes con el conocimiento establecido, pero la incompatibilidad es una ocasión para una reflexión más profunda y la investigación”¹⁴³, por ejemplo se contrastó, si había una o más causas por las cuales las personas se alejaban y llegaban incluso a aislarse, encontrando inicialmente que las causas eran: el olor característico del material de curación y el riesgo que sentían de enfermar al estar en contacto con otros. Sin embargo el análisis no era completamente satisfactorio, hasta que finalmente se encontró que también se aislaban por el miedo de que alguien se acercara y por accidente dañara la piel, creando un mecanismo de defensa.

El segundo elemento del rigor metodológico es la auditabilidad, llamada por otros autores confirmabilidad¹⁴⁴. Guba y Lincoln se refieren a este criterio como la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho¹⁴⁵. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. Para asegurar la auditabilidad de los resultados se ha usado la grabación y transcripciones de cada entrevista, además se han realizado memos y notas pertinentes que son valiosas para la descripción de las condiciones de la entrevista.

La transferibilidad o aplicabilidad es el tercer criterio que se ha tenido en cuenta para mantener el rigor metodológico en la investigación cualitativa. Este criterio se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Guba y Lincoln¹³⁹ indican que se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto.

En la investigación cualitativa la audiencia o el lector del informe son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Para ello en la investigación se describieron los lugares y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado y se consolidaron los datos de una ficha sociodemográfica (anexo A) que incluirá las características de la población. El grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos¹⁴⁶

El criterio de rigor metodológico de dependencia o consistencia que es el grado en que diferentes investigadores que recolecten datos similares en el campo y efectúen los mismos análisis, generen resultados equivalentes. Se cumplió teniendo en cuenta el examen de los datos realizado por la directora de tesis, investigadora con experticia en el área de interés y en la metodología utilizada, además se realizó la descripción detallada del proceso de recogida, análisis e interpretación de los datos.

3.8. Consideraciones éticas

La presente investigación ha tenido en cuenta las normas nacionales e internacionales del Código de Núremberg y la Declaración de Helsinki por parte de la Asociación Médica Mundial (AMM) para su desarrollo¹⁴⁷, así como las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, establecidas en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, artículos 2,5,6,8,11,12,14.

El presente trabajo de investigación recabó aspectos sobre la vivencia que tienen las personas durante el proceso de tener una herida crónica por abdomen abierto, y de acuerdo a la resolución 008430 recibió la supervisión y aprobación del Comité Ético de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, centro que albergó a la investigadora, para el apoyo y cumplimiento de las normas establecidas.

Luego de realizar una revisión de los principios éticos que se deberían considerar para la investigación¹⁴⁸, se escogieron los que se consideraron relevantes para el estudio.

La veracidad¹³⁰, entendida como la obligación de decir la verdad y no mentir, se ha mantenido teniendo en cuenta el rigor metodológico planteado en el proyecto, siendo fiel a la información suministrada por los participantes, con la grabación y transcripción exacta de las expresiones, así como también el uso adecuado de las referencias utilizadas para asegurar la propiedad intelectual.

El principio de fidelidad¹³⁰, es decir, la obligación de cumplir con aquello a lo que la investigadora se ha comprometido y mantener la confidencialidad, se asegura con la codificación de las entrevistas y la custodia de la identidad de los entrevistados, así como el compromiso de la investigadora por mantener el anonimato de las personas que narraron su vivencia.

El respeto a la autonomía: este principio señala que los individuos tienen la libertad elegir y para determinar sus propias acciones, así como respetar la capacidad del individuo de

auto determinarse y de reconocerlo como autónomo¹³⁰. A cada participante se le explicaron los objetivos y propósito del estudio, se le pidió la autorización para ser grabado, se le explicó el manejo que se realizó de la información, así como la posibilidad que tenía de participar en el estudio de forma voluntaria, y si aceptaba participar la posibilidad de suspender la entrevista en cualquier momento, sin que estas decisiones generaran pérdida de algún beneficio con la institución o persona que sirvió de vínculo para establecer el contacto.

Se explicó e informó a los participantes sobre la posibilidad que tenían de resolver dudas con respecto a los objetivos y fines de la investigación, y se contó con la firma del consentimiento informado como constancia de la realización de los aspectos mencionados. (Anexo B). También se informó que mientras avanzaba la investigación era posible que fueran contactados nuevamente por la investigadora para la validación de los datos o aclarar algunas dudas.

Para cumplir con el principio de reciprocidad la investigadora se comprometió a publicar los resultados de la investigación y difundirlos entre la comunidad. Además, ha puesto los resultados de la investigación a disposición de las personas interesadas, como aporte o contribución de referentes teóricos para el cuidado de las personas que tienen esta vivencia.

Debido a que la investigación cualitativa busca conocer las experiencias vividas, los comportamientos, emociones y sentimientos¹¹⁹. Existe la posibilidad de ocasionar una alteración emocional en el participante, en ese caso se tenía propuesto que la investigadora remitiera al participante al profesional correspondiente para que realizara el acompañamiento y cuidado necesario. Sin embargo, durante la realización de las entrevistas no se presentó ningún incidente que requiriera atención especializada.

Se acogió la política ambiental de la Universidad Nacional de Colombia¹⁴⁹, según la cual el impacto que la investigación generó al ambiente fue mínimo, por cuanto el estudio no generará contaminación. Se realizó un manejo adecuado de recursos como baterías y papel, tratando de disminuir la impresión de documentos, promoviendo la impresión por las dos caras de la hoja y separando adecuadamente el papel utilizado para que pudiera ser reciclado.

4. Resultados

A continuación se presentan los resultados que surgieron luego del análisis de datos, inicialmente se realiza la descripción de las seis categorías, denominadas:

1. Recuperando la vida luego de estar en riesgo de morir.
2. Aprendiendo a movilizarme hasta lograr recuperar la independencia.
3. Necesitando de la ayuda de otros.
4. Viviendo lo duro de tener la herida.
5. Teniendo que curar una herida terrible en el estómago.
6. Cambiando la relación con mi pareja.

También, se presentan las subcategorías y códigos vivos a partir de las cuales se fundamentó cada categoría o concepto.

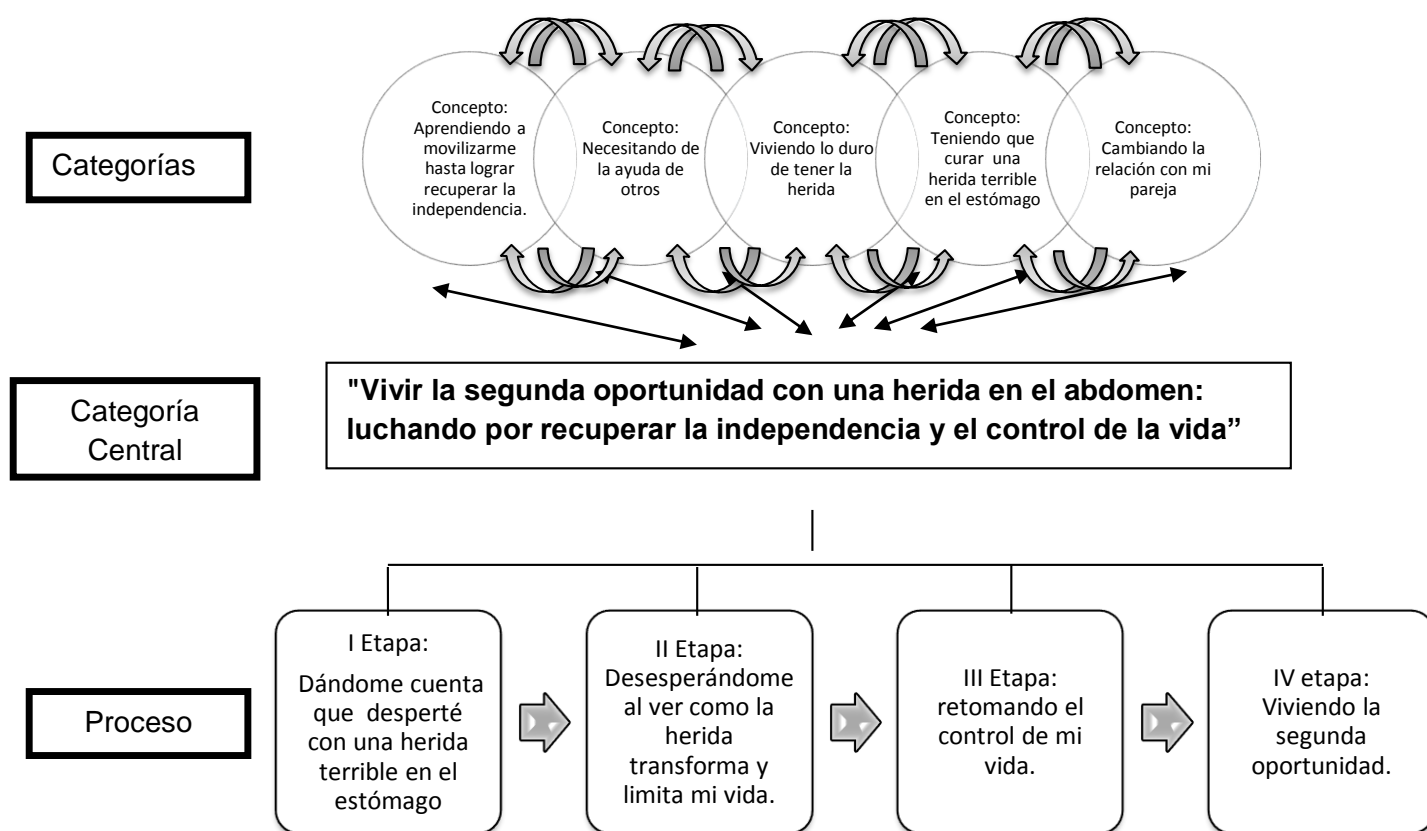
En la parte final del capítulo, se presenta la teoría que describe la vivencia de tener una herida crónica por abdomen abierto, la cual se construyó a partir de la categoría central denominada: **“Vivir la segunda oportunidad con una herida en el abdomen: luchando por recuperar la independencia y el control de la vida”**, en ella se integran las seis categorías mencionadas, para formar un todo explicativo. También se presentan la matriz condicional / secuencial y el diagrama que muestra la relación entre los conceptos, los cuales fueron herramientas integradoras que permitieron lograr una relación lógica y fiable de los datos, y realizar la conceptualización del proceso¹¹⁹.

El análisis de los datos evidenció que el proceso consta de cuatro etapas o fases y describe una serie de acciones/ interacciones, que vive la persona mientras permanece con la

herida y que van evolucionando. Ocurren en un tiempo y en un espacio, teniendo naturaleza evolutiva, a través de las cuales se mueven las seis categorías.

Aunque los resultados se muestran separadamente, surgieron simultáneamente con la comparación constante de los códigos resultantes de la codificación de las entrevistas. La figura 4-1 se muestra la relación entre las seis categorías, la categoría central y las etapas del proceso que viven las personas con herida crónica por abdomen abierto. Es una guía para el lector en los apartados siguientes, debido que aunque se muestran las categorías de manera separada estas hacen parte de un todo o tema central y cada una de las etapas fluctúa en cuatro etapa, sin que una sea primero que la otra, sino que existen elementos que se expresan más en cada etapa, para mayor detalle ver la tabla 4-7. Matriz construcción categoría central.

Figura 4-1: relación categorías y etapas del proceso.

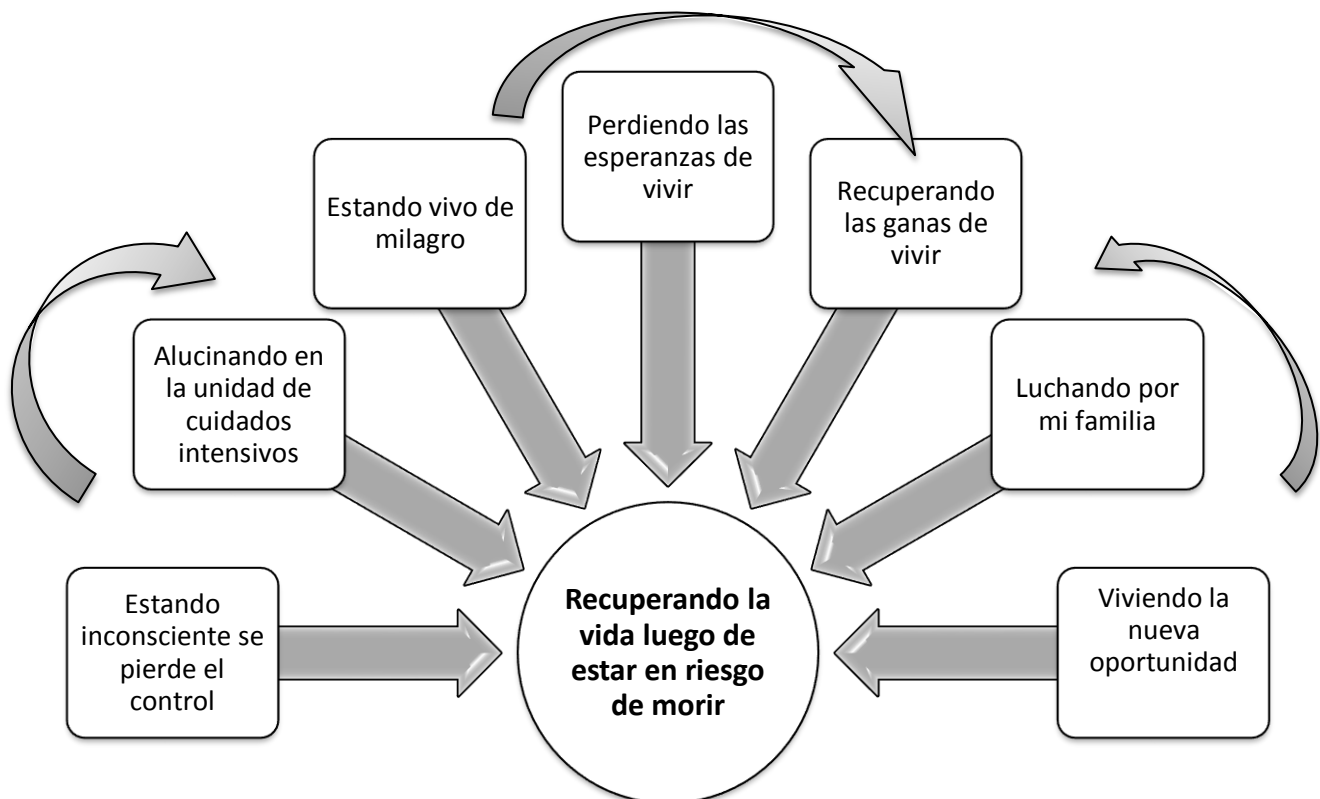


4.1. Categoría: Recuperando la vida luego de estar en riesgo de morir.

La vivencia de tener una herida crónica por abdomen abierto está marcada con el riesgo inminente de muerte. La persona durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos pierde el conocimiento, alucina y luego de un tiempo despierta, invadida con múltiples aparatos, donde incluso puede llegar a pensar que hubiera sido mejor morir. Sin embargo tiene varias motivaciones: darse cuenta que ha sobrevivido a una enfermedad grave, que la vida continúa y todavía tienen porque vivir, cosas pendientes por hacer y siente la compañía de su familia y la fuerza espiritual, así que decide luchar por retomar su vida a pesar de la adversidad que significa tener una herida en el abdomen.

Las subcategorías que fundamentan esta categoría se presentan en la figura 4-2.

Figura 4-2: Recuperando la vida luego de estar en riesgo de morir.



A continuación se presentan las subcategorías que dieron origen a esta categoría:

- Estando inconsciente se pierde el control
- Alucinando en la unidad de cuidados intensivos
- Estando vivo de milagro
- Perdiendo las esperanzas de vivir
- Recuperando las ganas de vivir
- Luchando por mi familia
- Viviendo la nueva oportunidad

A partir de estas se realiza una descripción de cada una de las subcategorías y los códigos como se describe en la siguiente tabla 4-1:

Tabla 4-1: Recuperando la vida luego de estar en riesgo de morir.

Categoría	Subcategoría	Códigos
Recuperando la vida luego de estar en riesgo de morir	Estando inconsciente se pierde el control	<ul style="list-style-type: none"> • Estando inconsciente en cuidados intensivos • Perdiendo el control • Dándome cuenta que pase mucho tiempo dormido. • Tratando de recordar los primeros días en la unidad de cuidados intensivos
	Alucinando en la unidad de cuidados intensivos	<ul style="list-style-type: none"> • Sufriendo alucinaciones trágicas. • Pensando que me iban a matar. • Diciendo incoherencias • Pensando en las causas de las alucinaciones

• Estando vivo de milagro	<ul style="list-style-type: none"> • Alardeando que yo era sano antes del dolor. • Creyendo que no era grave. • Siendo operado de urgencias. • Viéndome muy mal. • Sobreviviendo a una enfermedad grave. • Escuchando que es un milagro que esté vivo • Estando vivo de milagro • Dándome cuenta que puedo morir en cualquier momento y debo disfrutar la vida
Perdiendo las esperanzas de vivir	<ul style="list-style-type: none"> • Preparando a mi familia para mi muerte • Queriendo morir • Despertándome lleno de tubos.
Recuperando las ganas de vivir	<ul style="list-style-type: none"> • Recuperándome • Luchando por vivir • Teniendo ganas de vivir • Pensando en el futuro
Luchando por mi familia	<ul style="list-style-type: none"> • Sintiéndome acompañado por mi familia en la hospitalización <ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivándome por la familia ▪ Sintiéndome apoyado por mi familia ▪ Uniéndome a mi familia ▪ Saliendo adelante por mi familia
Viviendo la nueva oportunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Dándome cuenta que Dios existe • Aceptando la voluntad de Dios • Reconociendo los errores • Pidiendo a Dios • Viviendo el propósito

- Creyendo en el futuro
- Agradeciendo a Dios
- Viviendo la nueva oportunidad

4.1.1.Subcategoría: estando inconsciente se pierde el control

Durante la estancia en la unidad de cuidados intensivos la persona con herida por abdomen abierto puede llegar a permanecer inconsciente por varios días e incluso hasta por casi más de un mes. Este periodo es una experiencia compleja relatada por los participantes de la investigación, debido a que pierden el control del entorno y suceden cosas de las cuales no se enteran. Al despertar piensan que solo ha pasado poco tiempo y no creen posible que hubiesen estado dormidos por un tiempo prolongado, luego de darse cuenta que el tiempo ha transcurrido, buscan recordar lo que sucedió sin lograr su objetivo.

Estar vivo pero no recordar lo que ocurrió, lleva a la persona a sentirse inicialmente sorprendida, pero finalmente a contrastar cómo al estar dormida ocurrieron cosas de las cuales nunca se enteró o no estuvieron bajo su dominio.

A continuación se encuentran algunos ejemplos de códigos de la subcategoría perdiendo el conocimiento.

- **Estando inconsciente en cuidados intensivos**

“Estuve 29 días, 26 perdón, en cuidados intensivos, terrible, complicado, pero yo en esa primera etapa, no fui consciente” E15-01, 14-16.

- **Estando sedado, no me daba cuenta de lo que sucedía**

“Entonces, yo estaba pues sedado, yo no me daba cuenta quien entraba y quien salía” E02-01, 103-104.

- **Dándome cuenta que paso mucho tiempo dormido**

“cuando volví en mi desperté y todo eso, con ese desaliento y no sé, como falta de energía, algo así, ¿cuánto hace que estoy aquí, yo? Calculando por ahí dos, tres, cinco días máximo, entonces me dice A(nombre de la hija), no papi no, ya lleva 27 días, ¿Sí? no puede ser” E1-01, 147-151.

- **Tratando de recordar los primeros días en la Unidad de cuidados intensivos**

“yo trataba de recordar, pero yo no me recordaba de nada” E10-01, 7-8

4.1.2. Subcategoría: alucinando en la unidad de cuidados intensivos.

Durante la estancia en la unidad de cuidados intensivos y al estar bajo los efectos de varios medicamentos, la persona sufre alucinaciones, estas experiencias son percibidas como reales y tienen una continuidad mientras se está bajo los efectos de la sedación.

El contexto de la unidad de cuidados intensivos, junto con los procedimientos y el efecto de los medicamentos, llevan a la persona a tener la sensación de peligro y angustia, así como a vivir experiencias relacionadas con episodios que comprometen su integridad física, donde las personas cercanas como familiares, enfermeras o médicos son percibidos como agresores, que causan daño, engañan o incluso se alegran de la situación que vive la persona enferma.

Las alucinaciones preocupan a la familia porque la persona con herida por abdomen abierto expresa y realiza acciones que no son congruentes con la realidad, así que al percibir estos cambios de comportamiento, buscan explicaciones con el personal de salud, quien describe que la causa de las mismas son los efectos secundarios de los medicamentos.

Cuando la persona vuelve a casa, trata de recordar lo sucedido durante la hospitalización mientras se encontraba sedado y logra asociar las alucinaciones con procedimientos

médicos y quirúrgicos realizados durante la estancia en la unidad de cuidado intensivo, situaciones previas o episodios que se dieron en el contexto mientras permanecía dormida.

A continuación se presentan algunos ejemplos de códigos de la subcategoría “alucinando mientras estoy inconsciente”

- **Sufriendo alucinaciones trágicas**

“pero se sufre una cantidad de alucinaciones, como pesadillas y ve cosas y habla y... le suceden cosas, historias un poco trágicas y complicadas, también el medio en que uno se encuentra pues, ayuda también, como a tensionarlo porque llegan enfermos de todo de... y unos muchos más graves que otros y de eso obviamente hubo fallecimientos y cosas de esas, bueno en fin...” E5-01, 50-56.

- **Pensando que me iban a matar**

“Cada doctor nuevo tenía que venir con el doctor que siempre me atendía, porque siempre me alteraba mucho y me desconectaba de los aparatos, yo me quería ir porque ese doctor que venía a matarme, entonces son momentos muy difíciles para uno, para la familia que era la que lo vivía, yo no vivía, no era consciente de esas cosas, son momentos muy duros, muy difíciles” E22 -01, 199-204.

- **Diciendo incoherencias**

“Yo cuando estuve en la UCI prácticamente siempre estuve consiente, aunque desvariaba mucho, me decían que desvariaba porque decía cosas incoherentes, pero sin embargo muy consciente porque yo sentía y veía lo que estaba alrededor” E15-01, 39-42.

- **Pensando en las causas de las alucinaciones**

“digo, sufre uno como de muchas alucinaciones, no sé si es por la medicina, lo que le colocan a uno para el dolor, no sé, me colocaban una, algo muy fuerte, yo veía muchos (silencio), veía si, cosas de que por ejemplo me estaban enterrando vivo, que sudaba mucho, en una de esas ehh, vi que me estaban, que me habían metido entre un hueco por el carro y me estaban echando la tierra pero era que me quería asesinar y entonces el corazón se me aceleró así, y entonces yo también como que yo grité y llegaron las

enfermeras y empezaron, cuando volviera a sentir eso me dentro del mismo sueño, dentro de la misma alucinación que las llamara, pero creo que eso era realidad lo que estaba pasando, no lo del entierro, sino lo que estaba pasando en mi corazón, lo que, después se pusieron muy pendientes del corazón” E26-01, 91-102.

4.1.2.Subcategoría: Estando vivo de milagro

La persona inicialmente se considera sana o en el caso de padecer una enfermedad, considera que ha podido sobrellevar los síntomas, teniendo hasta ahora una vida que considera normal. Al iniciar el dolor abdominal, se posterga la consulta médica, ya que se minimiza el síntoma, al considerar que sería inadecuado consultar por un dolor que inicialmente se confunde con otros problemas que pueden tratarse sin necesidad de la ayuda médica. Sin embargo, debido a la severidad del dolor abdominal es llevada al servicio de urgencias por sus familiares o allegados y es operada de urgencias, la cirugía y el posoperatorio son complejos dónde el riesgo de morir es alto.

Cuando la persona vuelve a estar consciente y sobrevive a pesar de los pronósticos, es informada por el personal de salud de la gravedad de la enfermedad. La familia le describe el complicado estado de salud que presentó mientras estaba en la unidad de cuidados intensivos, teniendo como referente los múltiples aparatos que lo invadían, y consideran que es un milagro ver a la persona con herida por abdomen abierto, hablando y caminando luego de haber pasado por circunstancias de salud tan complejas.

Para los participantes, sobrevivir y lograr realizar muchas cosas que parecían imposibles es considerado un milagro, sin embargo recuerdan que permanecen con la herida y que aún no ha cerrado, pero que deben disfrutar la vida porque se puede perder en cualquier momento.

Algunos de los códigos que hacen parte de esta subcategoría son:

- **Alardeando que yo era sano antes del dolor.**

“y yo que tanto alardeaba de que era un tipo sano y todo esa cosa y de pronto me apareció ese dolor esa noche y vea aquí me tiene, con esto que nunca me ha cerrado y me incomoda” E1-01, 120-122.

- **Creyendo que no era grave.**

“... yo sentía un poquito como la sensación que se siente cuando uno se toma un tinto como recalentado, como un dolorcito muy leve, nada alarmante, entonces aquí mi señora decía camine vamos al médico camine, camine que el doctor debe verlo, entonces yo sin embargo decía no amerita, no se justifica que vaya yo hacer un turno, haya a ocupar en urgencias y que hay gente que está necesitando más cosas, y ya eso fue como a las cinco de la tarde, ya como a las ocho de la noche yo creo que me desmaye, y me llevaron allá de urgencias” E5-01, 105-114 .

- **Siendo operado de urgencias**

“y todo entonces fue cuando se dieron cuenta, de que me tenían que hacer cirugía urgente, porque a mí me operaron fue de urgencias” E09-01, 26-27

- **Viéndome muy mal.**

“me dicen que me veía muy mal, con un resto de tubos, que sabían que yo vivía, porque ellos veían que respiraba por el aparato” E10-01, 68-69.

- **Sobreviviendo a una enfermedad grave**

“a mí lo que me paso fue muy grave y yo estar hoy en día contando esta historia pues es algo maravilloso” E22-01, 86-87.

- **Escuchando que estoy vivo de milagro**

“y me han dicho que yo estoy de milagro, es un milagro lo mío, porque la mayoría de las personas las han operado y las han cerrado y a los 15 o 20 días se han muerto, en razón a mí, a mí no, en estos momentos yo doy muchas gracias a mi Dios” E12-01, 232-233.

- **Dándome cuenta que puedo morir en cualquier momento y debo disfrutar la vida**

“la vida no es nada, nada eso es una hebra tan supremamente delgadita que hay entre la vida y la muerte que en el caso mío, como yo lo viví, aprendí (silencio) de que hoy nos acostamos bien, mañana ya estamos muertos, en un segundo se pierde la vida como en el caso que me pasó, entonces aprendamos a vivir el día a día, gocemos la vida, porque la vida es para gozarla, aprendí que estamos de pasajeros por aquí también y que esto es muy bonito y de los bonito no dan tanto, entonces disfrutarla hasta, hasta, hasta el segundo, disfrutarla” E26-01-867-874.

4.1.3. Subcategoría: Perdiendo las esperanzas de vivir

La cercanía con la muerte es una situación difícil para la familia que ve inicialmente a la persona con abdomen abierto en un estado crítico e internada en la unidad de cuidados intensivos, durante la hospitalización es informada sobre la muerte casi inminente de su ser querido. El personal de salud le comunica la necesidad de tener listo un sitio para el destino final del paciente, así como disponer del acompañamiento religioso en la última etapa de la vida.

A pesar de los pronósticos la persona sobrevive y despierta invadida por los diferentes equipamientos médicos utilizados para darle soporte ventilatorio, y permitir la alimentación y eliminación. Sin embargo al despertar, el dolor, el malestar y los cambios percibidos en el cuerpo son tan drásticos, que la persona piensa por algunos momentos en no vivir, e incluso le comunica a su familia su deseo de morir.

Algunos de los códigos que hacen parte de esta subcategoría son:

- **Preparando a mi familia para mi muerte**

“a mi esposa y mis hijas les dijeron que buscara sacerdote, si eran cristianas un pastor, que me despidiera, “esté preparada para cualquier cosa” porque yo estaba muy grave porque mantenía conectado a muchas máquinas, que en cualquier momento podía desistir, que ellos tenían que estar preparados para eso que era duro y difícil pero es la realidad de la vida yo tenía unos días críticos, críticos que ya al borde de la muerte” E22-01, 159-165.

- **Queriendo morir**

“en el momento que yo me vi como estaba prácticamente quería morirme, no quería vivir, un día le dije a mi mamá y a mi papá que no hicieran nada por mí que le dijera al médico, que no hiciera nada que yo no quería vivir, y si iba a quedar con una secuela toda la vida, yo no quería vivir” E18-01, 149-153.

- **Despertándome lleno de tubos.**

“si es duro uno ver si así y más que todo despertarse de una operación es muy maluco porque uno se despierta con tubos, mangueras” E24-01, 81-83.

4.1.4. Subcategoría: Recuperando las ganas de vivir

La persona con abdomen abierto, a pesar de la situación difícil que enfrenta y la cercanía con la muerte, logra encontrar en los avances pequeños de la recuperación el ánimo y estímulo para salir adelante, cada persona vive una lucha interior por recuperar la vida, dónde la energía y los pensamientos futuros alientan esta búsqueda y permiten avanzar en este proceso.

El futuro es visualizado con cambios, donde la persona es consciente que deberá pensar en la forma de reincorporarse nuevamente a su vida, esta situación se convierte en un reto que debe ser superado en medio de la adversidad para retomar la vida.

Los participantes relatan, como después de ver comprometida su vida e incluso querer morir, aceptan la enfermedad y van notando la recuperación y esto los motiva e impulsa para continuar viviendo. La mejoría en su estado de salud imprime a la persona la vitalidad que le permite ir superado las diferentes situaciones que tiene que vivir.

Los códigos que ilustran esta subcategoría son:

- **Recuperándome**

“Porque lo primero, yo veía, que ya me iba recuperando, con esas ganas, de vivir, con esas ganas de que ya iba a salir adelante, porque yo ya había perdido todas las esperanzas, o sea yo salí tan mal” E10-01,114-116.

- **Luchando por vivir**

“de todas maneras la lucha de vivir porque uno de todas maneras yo trabajo pero tengo que saber, como trabajo” E20 -01, 114-120.

- **Teniendo ganas de vivir**

“las ganas de vivir y estar bien para poder continuar con mi vida” E23-01,56-57.

- **Pensando en el futuro.**

“ya lo que me paso, me paso, ya me toca pensar en un futuro, ya así como estoy, ya salir adelante, salir adelante, eso es lo que yo trato de hacer” E8-01,302-304.

4.1.5.Subcategoría: Luchando por mi familia

La familia acompaña a la persona con abdomen abierto durante todo el proceso y se convierte en el estímulo para que la persona supere las limitaciones que conlleva la herida. Al estar al borde de la muerte la persona con abdomen abierto es consciente de su importancia y responsabilidad dentro de la familia, así que esto se convierte en una motivación para salir adelante, las visitas diarias, así como el ánimo que reciben son esenciales para avanzar en la recuperación.

En este proceso la familia debe reacomodarse, unirse y cambiar de rol, donde se expresa positivamente, como la herida se convierte en una forma de acoplar a la familia, la cual estaba fragmentaba y gracias a esta experiencia logra unirse y volverse sólida.

Algunos códigos que dan origen a esta subcategoría son:

- **Sintiéndome acompañado por mi familia durante la hospitalización**

“toda la familia excelente cuando la operación, eso fue muchísima gente, el doctor se quedó aterrado cuando llego y vio toda la familia de ella (esposa) y mía, es muchísima familia, entonces allá fueron todos a visitarme varias veces” E03-01,166-169.

“yo gracias a Dios tuve mi familia, viven aquí en Bogotá y pues mi familia me iba a visitarme todos los días, entonces eso es como una moral que uno tiene, allá yo miraba a cada nada el reloj a ver a qué horas tenían que llegar, pues uno se siente muy solo en ese hospital” E13-01-100-103.

- **Motivándome por la familia**

“la familia es la que ha estado conmigo, en las buenas y en las malas y eso es lo que le ayuda a uno a pasar, verdad digamos tampoco han desfallecido, porque en el momento en que se vea que desfallezcan, pues uno también va aflojando, entonces la familia es lo importante” E06-01,147-151.

- **Sintiéndome apoyado por mi familia**

“mi familia afronto eso pues no me discriminan ni nada, me están apoyando mucho, la mujer dice que ella no es capaz ni de mirarme la herida, porque o sea la mujer mía es como muy nerviosa, pero entonces ella está conmigo, ella me apoya mucho” E08-01,28-31.

- **Uniéndome a mi familia**

“la relación de la familia, pues yo creo que ahí si es cuando la familia más se acopla entre ellos, pues porque antes si normal cada uno por su lado, la vez del accidente si tenía que pasar eso para pa’ que la familia se uniera otra vez” E13-01, 50-53.

- **Saliendo adelante por mi familia**

“salir adelante es lo único que tengo ahorita por hacer, yo no pienso nada más sino salir adelante luchar, luchar por mi familia” E08-01,311-313

4.1.6. Subcategoría: Viviendo la nueva oportunidad

El componente espiritual dentro de esta experiencia juega un papel importante, inicialmente la persona refiere ausencia o poca reflexión acerca del sentido y propósito de la vida, así como refiere solo cierta afinidad con una fuerza o ser superior que es llamado Dios. Sin embargo, a lo largo de este proceso destacan como la adversidad se convierte en una posibilidad de cambio.

Durante la experiencia, relatan cómo se van dando cuenta de la importancia de cambiar y corregir los errores del pasado, realizan además un análisis personal en el que deciden afrontar las situaciones difíciles y visualizan el futuro con mejores opciones.

Dentro de este proceso la enfermedad es vista como una prueba que permite el crecimiento personal, en el cual fluyen sentimientos de confianza, aceptación y agradecimiento hacia la vida, dando una sensación final de tranquilidad reflejada en acciones que permiten retomar los roles previos a la enfermedad. La persona que vive esta experiencia considera que solo gracias al papel que Dios ha tenido puede estar hoy con vida.

A continuación se citan algunos códigos que dieron vida a esta subcategoría:

▪ **Dándome cuenta que Dios existe**

“cuando uno la ve cerquita, se acuerda de Dios, Dios para todo, Dios por aquí, Dios por allá, yo digo que soy católico porque, porque soy bautizado en la iglesia católica, confirmado en la iglesia católica, comulgado en la iglesia católica, solo hace falta casarme por la iglesia católica. Pero no sé si lo haga por la iglesia católica. Pues digo católica porque no pertenezco a ninguna religión cristiana... hace rato, tiempo que no voy a una misa, pero igual independientemente, de todo, yo creo mucho en Dios, y le pido mucho a Dios, y gracias a él estoy acá. Porque por él es todo, y como el dicho de todo el mundo, seguramente todavía no me necesitaba, pero mi Diosito es todo, y gracias a Dios siento que me estoy recuperando, estoy mejor” E15-01, 310-320.

▪ **Aceptando la voluntad de Dios**

“estoy de la mano del señor, y yo aguanto porque tengo que aguantarlo, y le digo al señor de tu mano yo aguanto, pero no ha sido fácil, y a veces es deprimente” E16-01, 75-76.

▪ **Reconociendo los errores.**

“pues la verdad tengo errores y los trato de solucionar cuando salí de esto pero no los puedo solucionar muy bien que digamos” E19-01, 272-273.

▪ **Pidiendo a Dios**

“yo le pido mi Dios que lo pasado mío rescatar sólo lo bueno, lo malo no, dejarlo todo atrás” E22-01, 558-559.

• **Viviendo el propósito**

“no sé yo creo que Dios tiene algún propósito y las cosas no pasan por pasar, Dios me dio otra oportunidad para poder estar como se dice contando cuentos” E23-01, 111-113.

▪ **Creyendo en Dios**

“y ya hago prácticamente todo solo, entonces eso es pedirle a Dios creer en él” E18-01, 172-173

- **Agradeciendo a Dios**

*“La herida gracias a Dios ya me está cerrando pero todavía la tengo media abierta”*E8-01,18-19.

- **Viviendo la nueva oportunidad**

“tantas cosas, como una prueba, como o sea, como Diosito me dio otra oportunidad” E10-01,131

“Dios me dio una segunda oportunidad que me puso en manos de estos médicos, enfermeras que se dedicaron mucho a mi he podido como coger fuerza para seguir adelante y el apoyo de mi familia que no me ha faltado gracias a Dios” E18-01, 78-81.

4.2. Categoría: Aprendiendo a movilizarme hasta lograr recuperar la independencia

Luego de permanecer por un periodo prolongado inconsciente en la unidad de cuidados intensivos, la persona con abdomen abierto debe asumir una serie de cambios hasta lograr nuevamente moverse sola.

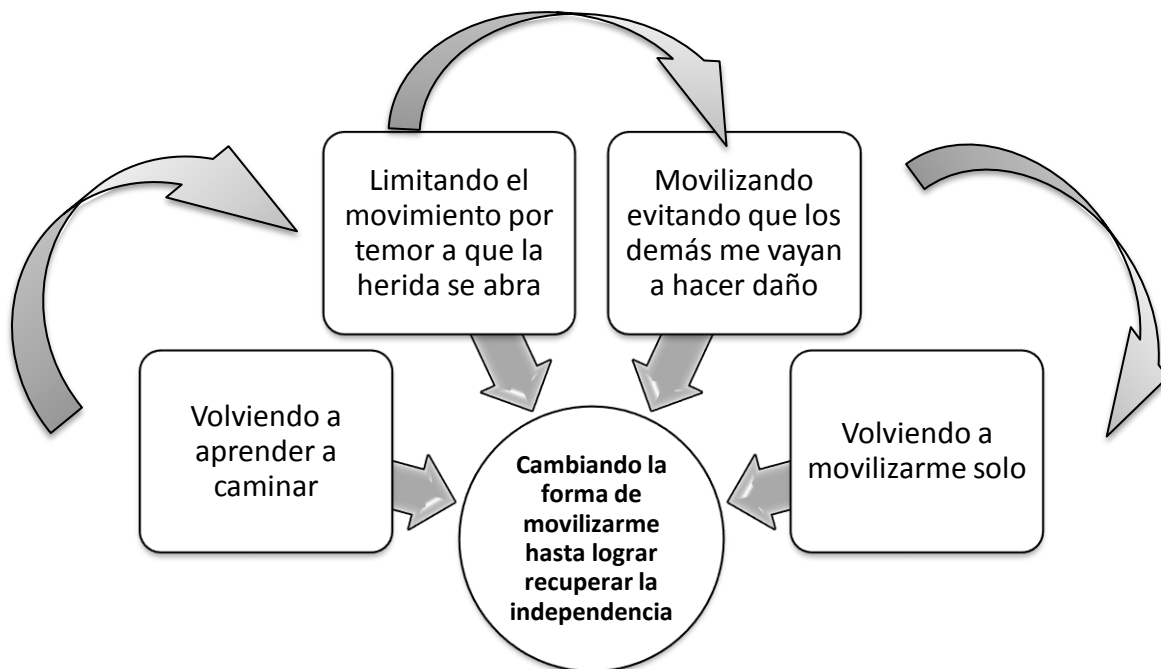
Inicialmente debido al reposo prolongado en cama, la persona no puede moverse sola e incluso cree que esta condición permanecerá con el tiempo, haciéndola sentir inútil; con esta situación la persona siente que ha perdido completamente la independencia, debido a que requiere de la ayuda de otros para moverse. Luego de un tiempo, con gran esfuerzo y dedicación la persona recupera la capacidad para caminar. Sin embargo también se da cuenta que existen grandes restricciones en la movilidad que van desde cambiar la forma para levantarse de la cama hasta el impedimento para practicar deportes o levantar cargas.

Tener la herida abierta en el abdomen es una situación compleja para moverse, debido a que al moverse la persona siente que aumenta el riesgo de lesión por lo cual prefiere inicialmente mantenerse quieta y en caso de moverse lo hace acompañada previniendo un golpe, una caída o que otras personas le puedan hacer daño. Este temor a que la herida

pueda tener una eventración, va-llevando a la persona a estar siempre dependiendo de la compañía de otros para moverse. Sin embargo, poco a poco la persona gracias a su deseo de recuperar la independencia vence el miedo a que la herida se abra e inicia el proceso para moverse sola. Moverse solo, caminar y usar los diferentes medios de transporte se van relacionando con la capacidad de recuperar la independencia, aunque siempre hay acciones que no se pueden realizar o que se evitan debido al riesgo de daño sobre la herida y la piel circundante.

Vencer los temores a tener la herida expuesta y usar el transporte público es una expresión de sentirse recuperado, es una forma de expresar independencia y recuperar la movilidad. Esta categoría se forma con las subcategorías que se presentan en la figura 4-3.

Figura 4-3: Aprendiendo a moverme hasta lograr recuperar la independencia.



Las subcategorías que dieron origen a esta categoría son:

- Volviendo a aprender a caminar

- Limitando el movimiento por temor a que la herida se abra
- Movilizando evitando que los demás me vayan a hacer daño
- volviendo a movilizarme solo

A continuación se describen las subcategorías que forman el concepto “Cambiando la forma de movilizarme hasta lograr recuperar la independencia” como se describe en la tabla 4-2:

Tabla 4-2: Aprendiendo a movilizarme hasta lograr recuperar la independencia.

Categoría	Subcategoría	Códigos
Aprendiendo a movilizarme hasta lograr recuperar la independencia.	Volviendo a aprender a caminar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sintiéndome impactado al no poder moverme. ▪ Guardando quietud por el dolor ▪ Trasladándome en silla de ruedas ▪ Estando acostado ▪ Aprendiendo a caminar como un bebé ▪ Aprendiendo a caminar • Empezando a caminar pasito por pasito • Recibiendo terapia porque quería caminar • Volviendo a aprender a caminar es doloroso
	Limitando el movimiento por temor a que la herida se abra	<ul style="list-style-type: none"> • Evitando hacer fuerzas para prevenir que la herida se abra • Teniendo prohibido hacer fuerza • Perdiendo la posibilidad de hacer en el abdomen

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dándome cuenta que no me puedo movilizar para hacer muchas cosas ▪ Haciendo las cosas con dificultad ▪ Perdiendo la posibilidad de agacharme ▪ Perdiendo la posibilidad de hacer deporte ▪ Limitando el ejercicio porque no puedo hacer fuerza en el abdomen ▪ Dándome cuenta que ahora no puedo hacer ▪ Sintiéndome amarrado • Sintiéndome limitado por la herida ▪ Limitando el movimiento previniendo que se abra la herida
Movilizando evitando que los demás me vayan a hacer daño	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teniendo prohibido el transporte público para prevenir un golpe ▪ Teniendo miedo de montarme en bus por miedo a que me lastimen el abdomen. ▪ Andando acompañado. ▪ Andando prevenido ▪ Transportándome en carro o en taxi ▪ Teniendo miedo que alguien se me acerque y por accidente me dañe la piel

	<ul style="list-style-type: none">▪ Alejándome de la gente para no enfermar▪ Teniendo que estar encerrada hasta que no me sane la herida▪ Fastidiándome porque la herida no duele y es peligroso un accidente
Volviendo a movilizarme solo	<ul style="list-style-type: none">• Revelándome y evitando la quietud• Dándome cuenta que siempre era activo• Dándome cuenta que puedo caminar• Normalizándose y aceptando algunas limitaciones• Intentando usar el transporte público• Sintiéndome recuperado al utilizar el transporte publico• Volviendo a caminar y a usar transporte masivo• Cogiendo el mando movilizándome solo

4.2.1.Subcategoría: Volviendo a aprender a caminar

La persona luego de permanecer por un periodo prolongado acostado y sin movilizarse debido a la sedación durante la estancia hospitalaria, va perdiendo paulatinamente el tono muscular, cuando la persona despierta y trata de movilizarse, las extremidades inferiores no responden, en ese momento inicia una lucha constante por recuperar el movimiento, donde se disputa también por vencer el dolor que limita dicha movilidad. La persona debido a esta situación tiene sentimientos de minusvalía y pérdida del control del cuerpo, además debido a la imposibilidad de movilizarse requiere de la ayuda de otros y debe usar implementos que le ayuden a desplazarse, como la silla de ruedas. Movilizarse en silla de ruedas se considera una incapacidad por lo tanto se lucha por volver a caminar.

Vencer el temor de volver a caminar, es una situación que requiere tiempo, pues la persona cree que puede caerse en cualquier momento, razón por la cual prefiere andar acompañada.

Darse cuenta que no se puede caminar es una experiencia impactante, y también es el punto de partida para recuperar la movilidad y la independencia. Volver a caminar requiere de un reentrenamiento, donde se debe iniciar con pequeños movimientos, así que se requiere de terapia física y por ende de trabajo constante, esfuerzo y dedicación.

Aprender a caminar se familiariza con el recuerdo de los bebés que dan sus primeros pasos, y poco a poco aprenden a caminar, situación que no es del agrado de las personas con herida en el abdomen, pues se considera que esta experiencia causa gran daño psicológico.

Algunos de los códigos que dieron origen a esta subcategoría son:

- **Sintiéndome impactado al no poder moverme**

“uno de los problemas más grandes y que tal vez me causó a mi más como impacto psicológico, fue el hecho de que los pocos días de que estaba en la habitación, he una doctora que llegaba frecuentemente a verme... me dijo levante un pie yo no me acuerdo si el derecho o el izquierdo y no pude, entonces yo me puse a llorar porque dije bueno quede incapaz, quede parapléjico” E05-01, 18-24.

- **Guardando quietud por el dolor**

“los enfermeros me tenían que pasar a veces a la silla y yo quedarme ahí quieto porque me dolía hasta el pelo, entonces, yo solito hacia los ejercicios en la cama, movía las piernas, empezaba a levantármelas, los brazos como a coger resistencia, ¿Sí? a coger fuerza” E13-01,151-154.

- **Trasladándome en silla de ruedas**

“cuando me dieron de alta yo no podía caminar y volver a empezar todo el tiempo que estuve hospitalizado pierde uno la motricidad los movimientos a mí me trasladaban en silla de ruedas” E22-01,80-83.

- **Estando acostado**

“si lo más sencillo estar y lo más bueno es estar uno acostado pero después de un día uno eso era mortificante ahora que era dos, ehh cuatro meses acostado, todo, lo más bueno se hace insoportable” E26-01,464-466.

- **Aprendiendo a caminar como un bebé**

“ya me puedo mover libremente porque me toco aprender a caminar nuevamente porque tres meses en cama entonces las piernas no me respondían, entonces me tocaba caminar como cuando un bebe está aprendiendo a caminar, pero el daño que causa una cosa de estas, no es tanto físico, si no lo sicológico” E18-01,66-70.

- **Aprendiendo a caminar**

“Es volver a nacer porque yo aprendí a caminar” E22-01, 560.

- **Empezando a caminar pasito por pasito**

“cuando salí no podía caminar tenía los pies supremamente inflamados no podía caminar gracias a Dios ya...ya empecé a caminar pasito por pasito, ya fue más rápido y así hay vamos” E23-01, 82-87.

- **Recibiendo terapia porque quería caminar**

“Porque al bajarme de la cama (silencio) ahí ya llego mi hijo, mi hijo era el que me ayudaba me sobaba las piernas y, y entonces le dije que yo quería caminar, me bajaba de la, la cama y si me bajo de la cama y cuando él me, yo fui a dar el paso yo no podía, las me arrastraba, entonces el empezó a sobarme las piernas hacerme masajes, uno por la

mañana otro por la tarde, mientras llegan aquí también las del servicio aquí de la clínica, me hacía también la terapia y empecé” E26-01, 333-339

- **Volviendo a aprender a caminar es doloroso**

“el tiempo post operatorio pues muy complicado, porque tiene uno que volver aprender a caminar que eso es doloroso” E05-01, 151-152.

4.2.2. Subcategoría: Limitando el movimiento por temor a que se abra la herida

Las personas aprenden que existe el riesgo de que la herida se abra, debido a que la pared del abdomen no es fuerte y la piel que está creciendo es muy frágil, por lo tanto deben evitar hacer movimientos que requieran hacer fuerza en el abdomen.

Sin embargo, este riesgo se vuelve un temor constante, pues la persona todo el tiempo está pensando que un movimiento inadecuado puede llevar a que la herida se abra y queden expuestos los órganos internos. Por lo tanto, limitan los movimientos que realizan para evitar hacer fuerza en el abdomen, permanecen la mayor parte del tiempo acostados en la cama, pues consideran que en esta posición no realizan ningún esfuerzo en la zona abdominal y así evitan que la herida se abra. No obstante, permanecer en la cama por mucho tiempo cansa, por lo cual inician su proceso de movilizarse lentamente, limitando cualquier movimiento que requiera hacer fuerza en el abdomen.

No hacer fuerza en el abdomen implica no poder realizar algunos movimientos que antes de la cirugía parecían sencillos como inclinarse hacia adelante, amarrarse los zapatos o subir escaleras. Con el tiempo se va dando cuenta de que la restricción tiene otras implicaciones que no le van a permitir practicar deportes, asistir al gimnasio y levantar cargas. Ante estas limitaciones la persona se va dando cuenta que el único deporte que puede practicar es caminar.

Esta restricción tiene grande importancia para la persona con abdomen abierto, debido a que la aleja de la posibilidad de realizar actividades que son muy apreciadas y que le

permiten compartir con otros, perdiendo espacios y situaciones para disfrutar en compañía de los seres queridos.

A continuación se presentan los códigos que dieron origen a esta subcategoría:

- **Evitando hacer fuerzas para prevenir que la herida se abra**

“estoy muy psicociado desde el punto de vista, que de pronto se me abra la herida, eso es lo que más me tiene a mí, hasta tal grado que hasta se me está empezando a desviar un poco la columna porque vivo muy agachado previniendo hacer una fuerza mala, esa es la forma de defensa interna mía o del mismo organismo que me mantiene un poco agachado para evitar hacer fuerzas que puedan desencadenar en que se pueda abrir esa herida” E29,01- 74-79.

- **Teniendo prohibido hacer fuerza**

“Tengo que andar, andar con más delicado, porque como tengo la herida abierta tengo que andar con faja, y qué en si pues no tengo que hacer nada de fuerza, según el médico me dice que no tengo que hacer nada de fuerza, tengo que andar he... primera medida no hacer fuerza” E12-01, 58-62.

- **Perdiendo la posibilidad de hacer fuerza en el abdomen**

“yo no hago fuerza de nada, de pronto por ahí un golpe o algo que le duela, pero de resto yo no hago fuerza de nada” E26-01, 536-538

- **Dándome cuenta que no me puedo movilizar para hacer muchas cosas**

“que no se puede agachar uno, que no puede alcanzar las cosas, que no se puede amarrar los zapatos” E05-01, 90-91 .

- **Haciendo las cosas con dificultad**

“pues ejercicio, correr, subir escaleras las hace uno pero las hace con dificultad entonces el dolor en la herida, pues es constante pues cuando uno hace mucho esfuerzo como uno subirse a un bus, pues se siente como la connotación hay en la herida” E21-01,32-35.

- **Perdiendo la posibilidad de agacharme.**

“no se puede agachar, hasta cambiar de forma de recoger una cosa del piso en fin” E05-01,139-140.

“yo no me puedo agachar, yo no puedo levantar nada, entonces es como si estuviera hay disecado” E02-01, 169-173.

- **Perdiendo la posibilidad de hacer deporte**

“desaparece la posibilidad de hacer deporte, queda uno como supeditado exclusivamente hacer caminadas simples” E05-01, 125-126.

- **Limitando el ejercicio porque no puedo hacer fuerza en el abdomen**

“mi pasión era jugar futbol a toda hora jugaba micro futbol desde que me paso esto ya no, no sé qué es pegarle a un balón, no puedo alzar a mi hija por temor a que vaya hacer demasiada fuerza” E18-01,91-94.

- **Dándome cuenta que ahora no puedo hacer**

“Yo estuve en el gimnasio, y el fisioterapeuta me dijo usted está loca, como se le ocurre, usted no puede hacer nada, nada de lo de acá todo implica movimiento abdominal, no puede hacer nada, y yo pero algo, algo, lo único que puede hacer es caminadora, pero usted paga una cuota para caminar, mejor vallase a caminar por el parque”

“salíamos a caminar, salíamos a montar en cicla y eso no se puede hacer entonces ha sido complicado, complicado mantener una rutina muy sedentaria, complicado, soy una mujer muy activa” E04-01,20-22.

- **Sintiéndome amarrado**

“me siento amarrada, a no hacer nada a estar quieta a quedarme quieta, eso ha significado cansancio, tristeza a veces” E04-01, 36-38.

- **Sintiéndome limitado por la herida**

“Físicamente me siento bien limitado lógico porque uno sabe que tiene una herida que es tremenda”

- **Limitando el movimiento previniendo que se abra la herida**

“me toca con faja y lógico que no me puedo agachar mucho, ni estornudar muy duro algo así, porque aunque a veces unas heridas pequeñas que se me abren hace rato no lo hacen, pero si toso muy duro o hago mucho esfuerzo o algo así entonces se me pueden abrir” E01-01,35-38.

4.2.3. Subcategoría: Movilizando evitando que los demás me vayan a hacer daño.

La herida y la piel del abdomen son frágiles, por lo cual la persona considera que cuando se moviliza y tiene contacto con otros, existe un alto riesgo que la herida se abra, se rompa la piel de manera accidental y el tejido que está creciendo en el área abdominal se pueda dañar.

Tener la herida expuesta la lleva a cambiar su forma de moverse, pues no desea hacerse daño, para lo cual la persona utiliza varias estrategias que surgen del temor generado por el riesgo que se abra la herida o se lesione la piel que está creciendo. Dentro de estas estrategias se encuentran:

- Andar acompañado: la compañía de otra persona permite tener el apoyo para realizar cualquier movimiento que requiera, la compañía da la sensación de protección, y en lugares cerrados como los ascensores sirve de barrera para entrar en contacto con otros.
- Andar prevenido: Mantener siempre una distancia prudente de los demás, para evitar el contacto directo con otros; para ello se evitan los abrazos, se protege el abdomen con las extremidades superiores, ya sea manteniendo las manos extendidas sobre sí mismo o entrecruzándolos formando una barrera de protección.
- Prevenir un golpe: evitar los escenarios donde se esté en movimiento y contacto con otras personas, lo cual hace que la persona evite usar el transporte público y prefiera utilizar carro particular o tomar un taxi para desplazarse

Sin embargo las estrategias en mención a su vez se convierten en una forma de depender de los demás, debido a que no se puede estar solo y se debe concertar el tiempo del

acompañante para realizar cualquier actividad, perdiendo la posibilidad de movilizarse solo.

A continuación se encuentran algunos códigos que dieron origen a esta subcategoría:

▪ **Teniendo prohibido el transporte público para prevenir un golpe.**

“uno ya, uno camina es prevenido de que no le vayan a dar un golpe, no puede hacer uno ningún tipo de fuerza, ningún esfuerzo, entonces montarse uno en el servicio de transporte público es imposible, montarse uno en un transmilenio (sistema de transporte masivo de Bogotá, Colombia) para mí es prohibido sí” E2-01, 36-39.

▪ **Teniendo miedo de montarme en bus por miedo a que me lastimen el abdomen.**

“bregar a defenderse, no permite que nadie se acerque, abdomen abierto cualquier momento, por ejemplo yo para mí me da miedo montármele a un bus, yo he montado con esos estrujones yo me bajo, es que la pared es nada, yo no tengo pared abdominal” E06-01,33-36.

▪ **Andando acompañado.**

“ahorita estoy acompañado por mi prima, la monita que esta allá (señala a una mujer joven de cabello rubio) pues yo siempre salgo con alguien, yo nunca salgo solo porque necesito que me ayuden por ahí a subir un escalón” E21-01,64-67

“al comienzo pues me sacaban de la manito a coger un taxi para llegar al hospital igualmente cuando salía del hospital otra vez de la manito en un taxi y a la casa y a la cama ” E15-01,100-102.

▪ **Transportándome en carro o en taxi**

“no pues al comienzo, lo hacía en carro tocaba pagar taxi pues mi familia gracias a Dios me colabora mucho y pues hay me regalaban para el taxi hay tíos que tenían carro y cuando podían me traían” E21- 01,59-61.

• **Andando prevenido:**

“uno camina es prevenido de que no le vayan a dar un golpe” E02-01, 36-37

- **Alejándome de la gente para no enfermarme**

“Le toca saber cómo moverse cuidarse de la gente que esta a los lados, a mi no...no me puede dar una gripa por qué no puedo estornudar, ni estar a gripado, ¿sí? entonces me toca estar alejado de la gente con gripas”E02-01,175-177.

- **Teniendo miedo que alguien se me acerque y por accidente me dañe la piel**

“Es precaución personal (alejarse de los demás), o sea a mi me da miedo que alguien se me arrime por lo que es tan delicada la parte de la piel que eso no tiene nada, a donde cualquiera llegue y me tropiece puede haber un accidente ahí, una fractura, hay digo por el contacto, porque no tiene pared, fácil porque la piel hay es como una bomba cuando esta medio inflar”E06-01,65-69.

- **Teniendo que estar encerrada hasta que no me sane la herida**

“no puedo salir, por lo que yo tengo la herida todavía abierta, entonces el doctor dice, que no puedo salir a la calle, porque tengo la herida abierta, y entonces hasta que no me sane, no puedo salir, por el asunto de que hay tanto virus en la calle, entonces me toca estar en el apartamento encerrada”E09-01,40-44.

- **Fastidiándome porque la herida no duele y es peligroso un accidente.**

“un fastidio, no esa parte (herida) está como si fuera muerta, eso es lo que por ejemplo el peligro de uno, como no duele uno mismo se puede hacer un accidente” E06-01, 208-210.

4.2.4.Subcategoría: volviendo a movilizarme solo

La persona luego de darse cuenta de todas las restricciones que tiene en la movilidad, cansarse de la falta de actividad y depender de otros para los desplazamientos, decide revelarse y busca la forma de moverse sola.

Al ver sus posibilidades se da cuenta que hay muchas acciones que no puede realizar, acepta algunas limitaciones y también se da cuenta que si puede caminar y no hay restricción en ello, por lo tanto inicia con caminatas que le permiten desplazarse sin ayuda, ha recuperado la confianza para moverse sola, sin pensar que se va a caer. Caminar le

permite recordar como la actividad y el movimiento eran parte de su vida y le permitían estar saludable.

Es así como empieza la lucha por recuperar la movilidad, sin necesidad de depender de la ayuda de otros, esto sumado a los altos costos del transporte privado que llevan a la persona a asumir el riesgo de movilizarse en transporte público, asumiendo los riesgos que conlleva esta acción y venciendo los temores que algunas vez se tuvieron, esta acción se convierte en una forma de dejar de depender de otros, recuperar la independencia y sentirse recuperado.

A continuación se encuentran algunos ejemplos de códigos que dieron origen a esta subcategoría:

- **Revelándome y evitando la quietud**

“que no se agache, que no se baje, que no se qué, pero no yo no puedo controlar, yo camino, subo bajo, que no subiera escaleras, como no voy a subir escaleras todos los días me toca, no y eso no tiene porque, el cuerpo tiene porque activarse, porque eso no tiene por qué influir, eso no puede ser malo decía yo, ellos me regañan mucho porque suba que baje que no sé qué, pero no uno no tiene porque, el cuerpo esta enseñado a eso, como va a decir que no, tiene que coger la rutina de alguna forma tiene que cerrar, de alguna forma tiene que hacerlo, pero bueno eso fue lo que... igual yo no puedo quedarme quieta, eso fue lo que me activo, tampoco no puedo quedarme durmiendo igual no soy amiga del sueño, duermo lo necesario pero no más, la cama no me llama mucho la atención (risas)” E04-01,210-221.

- **Dándome cuenta que siempre era activo**

“siempre pues he sido como una persona como muy activa, ¿Sí?, me gusta no quedarme quieto” E13-01,61-62.

- **Dándome cuenta que puedo caminar**

“La semana pasada ya empezamos a salir que a caminar por la noche, camine ya, que vamos a hacer nada nada él se aburre, él va para el gimnasio como siempre normal, pero yo me quedo acá y es esperar a que él llegue, no más lo que hago es dormir, entonces

tampoco eso es bueno, estar todo el tiempo entonces la semana pasada él (esposo) me dijo cuando yo no vaya al gimnasio nos vamos a caminar, yo bueno listo hagámosle, porque es que quedarme aquí ya estoy cansada muy cansada” E04-01,157-169.

▪ **Normalizándose y aceptando algunas limitaciones**

“pues nada caminando normalizándose, su sus hábitos y aceptando algunas limitaciones pues ya la velocidad cambio la distancia también cambio, en fin queda después de esto de verdad queda uno incapacitado para desempeñar un trabajo que requiera alguna, alguna asiduidad” E05-01, 123-126.

• **Intentando usar el transporte público**

“Si ese día también fue duro porque, porque preciso, todas las veces no había plata, y yo dije ese día, el taxi de aquí (casa) a la clínica nos cobraba, 16000 pesos, ó 13000 pesos, y cuando nos tocaba las curaciones, todos los días era pesado, entonces yo dije a la de Dios, yo me voy en bus, pero entonces, yo trataba un día me senté como en la mitad, venían unos puestos desocupados, y no me aguante, y me toco bajarme, eso me sacudía el estómago, y eso que yo trataba de levantarme, y el dolor de estómago era terrible, no, eso me toco bajarme a mitad de camino, y me vine caminando, fue muy duro, ya entonces en la otra, probamos hacernos bien adelante, en la silla de adelante, o de pie, que no me estrujara, y ya hay empecé adelante, adelante, entonces ya no me estrujara tanto, y hay llegaba a mi trayecto” E10-01, 103-111.

• **Sintiéndome recuperado al utilizar el transporte publico**

“ ya de subirme a un bus, para mí fue muy bueno, ya me sentía más recuperadita, eso me ayudo como mas o sea más fuerzas me dio, ya Diosito me va a dar otra oportunidad, eso ya voy a salir, eso ya es una muestra, y si así empecé pero entonces me tocaba en la parte de adelante, hacerme adelante, que no me estrujaran, y si hasta ahora no he vuelto a utilizar taxi, entonces como ya me ponían las citas siempre tardecito, entonces ya uno sale, entonces ya los buses van desocupados” E10-01, 116-121.

• **Volviendo a caminar y a usar transporte masivo**

“mejor dicho en carro a toda hora, entonces yo dije no ya no...entonces listo yo me voy en transmilenio (sistema de transporte masivo de Bogotá, Colombia), entonces que hago me

bajo antes y camino hasta la oficina y yo trata de caminar salgo a almorzar y trato de caminar”E04-01,194-198.

- **Cogiendo el mando movilizándome solo**

“Pues bien, como, vuelve uno a las labores de uno y uno se siente bien, ya otra vez estoy aprendiendo, otra vez estoy cogiendo el mando de mis cosas, de movilizarme solo, eso, comienza uno a, a tener verraquera, yo puedo, yo lo voy a hacer” E26-01, 716-719.

4.3. Categoría: necesitando de la ayuda de otros

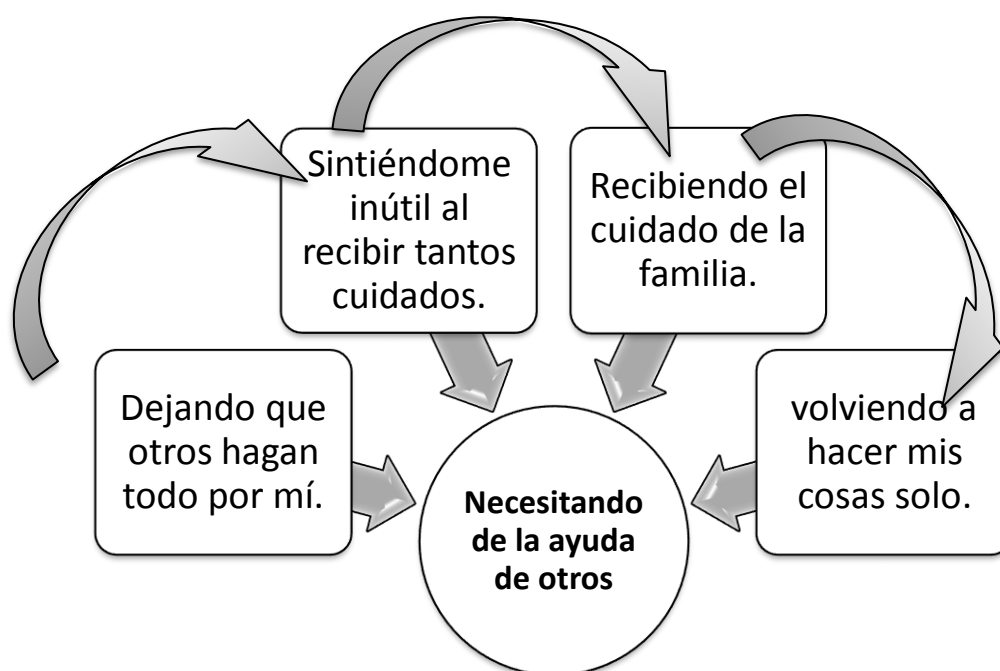
Los cuidados que se le brindan a la persona con herida en el abdomen son múltiples. Inicialmente requiere de un cuidador para que realice todas las actividades instrumentales básicas, generando a través de ellas dolor y malestar, sin embargo a medida que la persona va recuperándose y recobra la posibilidad de ayudar en su cuidado, las personas que están a su alrededor siguen proporcionándole todos los cuidados.

Sin embargo, en este proceso la persona siente que la familia sufre y se cansa debido a todos los cuidados que le brindan, y también percibe las incomodidades que genera el no poder desarrollar el rol que tiene dentro de la familia.

Son tantos los cuidados que se brindan a la persona mientras se está recuperando, que incluso le generan sentimientos de minusvalía.

La persona finalmente se cansa de tantos cuidados que los demás le brindan e inicia un proceso de volver a realizar su actividad sola e incluso de colaborar con las labores del hogar, que antes no realizaba. Las subcategorías que fundamentan esta categoría se presentan en la figura 4-4.

Figura 4-3: Necesitando de la ayuda de otros



Las subcategorías que forman esta categoría son:

- Dejando que otros hagan todo por mí.
- Sintiéndome inútil al recibir tantos cuidados.
- Recibiendo el cuidado de la familia.
- volviendo a hacer mis cosas solo.

A continuación se describen las subcategorías y los códigos en la tabla 4-3.

Tabla 4-3: Necesitando de la ayuda de otros

Categoría	Subcategoría	códigos
Necesitando de la ayuda de otros	Dejando que otros hagan todo por mí.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dejando que me hicieran todo en cuidados intensivos ▪ Sintiendo pena al tener que recibir todos los cuidados ▪ Sintiendo la falta de energía. ▪ Dejando que otros hagan todo por mí ▪ Sintiendo dolor por el cuidado de otros
	Sintiéndome inútil al recibir tantos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fastidiándome con tantos cuidados ▪ Sintiéndome sofocado con tantos cuidados ▪ Los demás me hacen sentir inútil
	Recibiendo el cuidado de la familia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cansando a la familia ▪ Preocupando a la familia ▪ Sufriendo en familia ▪ Incomodando a la familia
	Volviendo a hacer mis cosas solo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Haciendo mis cosas solo ▪ Teniendo la capacidad para hacer las cosas ▪ Colaborando con las labores de la casa

4.3.1.Subcategoría Dejando que otros hagan todo por mí.

Debido a la complejidad del estado de salud, el dolor y las complicaciones posoperatorias la persona durante un largo periodo debe ser asistida para realizar todos los cuidados relacionados con aseo, movilización y alimentación. La imposibilidad de moverse y el

creciente número de cuidados van llevando a la persona a sentirse inútil y requerir para todas las actividades de la vida diaria la ayuda de otra persona.

La persona manifiesta que siente una falta de energía que no le permite realizar las actividades de autocuidado.

Para la persona esta situación es percibida como negativa, debido al dolor que sienten cuando otros realizan estas actividades, así como también sienten pena al tener que recibir asistencia en actividades de cuidado diario como el aseo.

Algunos códigos que dieron origen a esta subcategoría son:

- **Dejando que me hicieran todo en cuidados intensivos**

“yo en cuidados intensivos, yo no me podía mover, yo mantenía era así quieto, no podía voltearme, las enfermeras tenían que voltearme, hacerme todo, estaba muy mal, en cuidados intensivos, estaba muy mal” E08-01,244-247.

- **Sintiendo pena al tener que recibir todos los cuidados**

“no me podía mover cuando me levantaba de la camilla hasta me tocaba pedir ayuda para ir al baño y uno sentía como pena, y que eso que uno no puede caminar y toca que la gente haga todo por uno verraco, y pues así fue” E19-01,11-114.

- **Sintiendo la falta de energía:**

“cuando volví en mi desperté y todo eso, con ese desaliento y no sé, como falto de energía” E05-01, 153-154.

- **Dejando que otros hagan todo por mi**

“muy difícil al principio no me podía mover me asistía mi hermana, me cambiaba, de todo, me hacía aseo muy difícil” E22-01,35-36.

- **Sintiendo dolor por el cuidado de otros**

“nunca me gusto que me ayudaran, pero entonces era ya una necesidad. Tanto tiempo era muy... no sé, hasta doloroso, porque pues los enfermeros pues obviamente lo hacen de buena manera, si para ayudarlo a uno, entonces cuando lo cogen a uno para hacer algo, pues ellos no saben que a uno le duele tal cosa, entonces se maltrata uno, en cambio uno

sabe hacer sus cosas a la manera que uno sabe, a la manera que debe ser y no se maltrata tanto y se recupera mejor” E13-01,58-64.

4.3.2.Subcategoría: Sintiéndome inútil al recibir tantos cuidados

La persona con herida crónica por abdomen abierto poco a poco va recuperado la movilidad y con ella la posibilidad de realizar sus actividades de auto cuidado. Sin embargo las personas que se encuentran a su alrededor continúan brindándole todos los cuidados, como los realizados cuando estuvo en su estado más crítico de salud, por tal razón, la persona percibe una gran atención sobre él, así como conductas protectoras por parte de los demás que no le permiten sentirse útil.

Los cuidados brindados por otros son tan agobiantes que incluso llevan a la persona a tener sentimientos de repudio y fastidio sobre estos, los cuidados en ocasiones son tan excesivos y restrictivos en cuanto a las posibilidades que se le dan para movilizarse y realizar tareas que incluso generan la sensación de inutilidad en la persona enferma.

A continuación se describen algunos códigos que dan origen a esta subcategoría

- **Fastidiándome con tantos cuidados**

“en ese hospital, le tienen que hacer a uno todo, lo tienen que bañar, fastidioso a lo último, y pues uno ya como que se siente mejor y todavía con esas” E13-01, 91-92.

- **Sintiéndome sofocado con tantos cuidados**

“a veces uno se siente muy como muy sofocado de tantos cuidados, no yo quiero ser normal, como cualquiera, como todos, a veces uno piensa chévere que le pongan atención pero después ya no, a veces eso no (risas) ya no gusta, ya es demasiado cuidado, demasiada atención, entonces no gusta pero hay trato de hacer todo que sea normal” E04-01, 133-137.

- **Los demás me hacen sentir inútil**

“la gente lo comienza a ver a uno ya como casi como un inútil, no en el tratamiento digamos de relación ni nada de eso sino de tener cuidado de no agacharse no se esforcé, no suba, no levente nada de peso, etcétera, entonces ya uno se vuelve y a la larga se acostumbra a hacer muy poco”E5-01,141-144.

4.3.3. Subcategoría. Recibiendo el cuidado de la familia

La familia es el sistema de apoyo primario de la persona con una herida por abdomen abierto, gracias a ella tiene una motivación para salir adelante, luchar en medio de la adversidad y lograr superar los obstáculos que trae la enfermedad.

La complejidad de la enfermedad vivida por la persona con esta herida es una gran preocupación para toda la familia, debido a que requiere de cuidados especiales por parte de las personas que se encuentran a su alrededor para actividades básicas como el baño y la movilización.

Uno de los integrantes de la familia, asume el cuidado, teniendo que realizar tareas que demandan atención, esfuerzo y trabajo constante, situación que es vista con tristeza por la persona con abdomen abierto, quien en un tiempo corto pasa de ser proveedor de cuidados y dirigir la familia, a ser el receptor de los cuidados. La persona piensa en todos los sentimientos negativos que su enfermedad provocan en su familia como la incertidumbre de la enfermedad, el cansancio por tantos cuidados y la incomodidad que generan los cambios que se deben dar por la enfermedad.

La dinámica familiar cambia, debido a que la situación de salud implica que la persona no puede desempeñar las labores que realizaba y al interior del grupo deben reorganizarse para poder dar cumplimiento a todas las responsabilidades del hogar.

A continuación se encuentran algunos códigos a través de los cuales se formó la subcategoría:

- **Cansando a la familia**

“yo estaba muy enguayabado porque, porque, primero porque uno cansa mucho a la familia a la señora, todo eso es maluco, más preocupado por la señora que por esto (señala la región del abdomen dónde se encuentra la herida), porque a ella ya le ha tocado dos años muy pesado, dos años y yo quiero mejorarme y no molestar más, ella no me dice nada pero uno ve, uno es consiente en la vida, si por ejemplo el asunto de la ropa que eso era muchísima, entonces ahora ha mermado, ha mermado pero eso era cantidad, todos

los días la lavadora llena, todos los días, preocupada por la lavada y tocaba que extender así, hasta en él en toda parte para conseguir que se secara semejante cantidad” E03-01,114-122.

▪ **Preocupando a la familia**

“mi esposo para que, se preocupa demasiado, me cuida mucho y el todo, todo le preocupa, ha sido una muy buena relación para que, muy buena relación él ha estado al tanto de todo, él no me desampara ni de noche ni de día, para todos los lados me lleva, me trae me pone, me sube, de pronto pienso yo se habrá cansado en algún momento, pero igual no lo demuestra tanto” E04-01,211-215.

▪ **Sufriendo en familia**

“mi hija por ejemplo, ella se retiró de trabajar, de estudiar, ella se dedicó conmigo allá en la clínica, de día y de noche, y a ver por mí en la casa he... siempre mi hijo también sufrió mucho, bueno él ese año el sí, termino su estudio de bachillerato, pero él dice que él mantenía llorando mucho por mí, o sea eso fue una es una cosa muy dura para ellos, mi esposo también, como él siempre ha trabajado de noche, entonces el venía, estaba pendiente de la casa, iba a la clínica, él venía él dormía poquito, y a trabajar otra vez, o sea es un cambio muy duro, mi papi también sufrió mucho, él mantenía allá conmigo, mantenía disque llorando, porque un día decían que yo me salía bien, y otro que no, que me moría” E10-01,84-94.

▪ **Incomodando a la familia**

“la incomodidad para la familia, y para uno, es bastante delicada, porque, pues... uno se siente mal, y más que todo con la bolsa, pues peor porque uno no puede, estar ahí, como antes ¿sí?, y poder hacer lo que uno estaba enseñado a hacer, es bastante complejo, bastante incomodo, tanto para mí, como para mis hijos, más que todo para él(señala a hijo que la acompaña), él es el que está más pendiente de mí” E09-01,6-11.

4.3.4.Subcategoría volviendo a hacer mis cosas solo

La persona luego de ser la receptora de cuidados, se da cuenta que tiene la capacidad de realizar las cosas por sí solo, así que inicia un proceso para recuperar la autonomía y

realizar sus propias actividades, en este proceso las labores del hogar se convierten en una herramienta que permite demostrar a los demás la capacidad que se tiene para realizar cosas por sí solo.

Comprobar que se ha recuperado la energía para realizar nuevamente las actividades cotidianas de cuidado como aseo y alimentación, motiva a la persona en su proceso de recuperación.

A continuación se encuentran algunos códigos que dieron origen a la subcategoría:

- **Teniendo la capacidad para hacer las cosas**

“porque ya no me gusta que me ayude nadie, ya me ayudaron mucho hasta ahora, entonces ya tengo la capacidad para hacer todo solito” E13-01, 147-148.

- **Haciendo mis cosas solo**

“ya me levanto solo de la cama ya me baño sola cocino cuando no hay alguien la casa o yo me preparo mis alimentos entonces hay mucho motivación” E23-01,139-141.

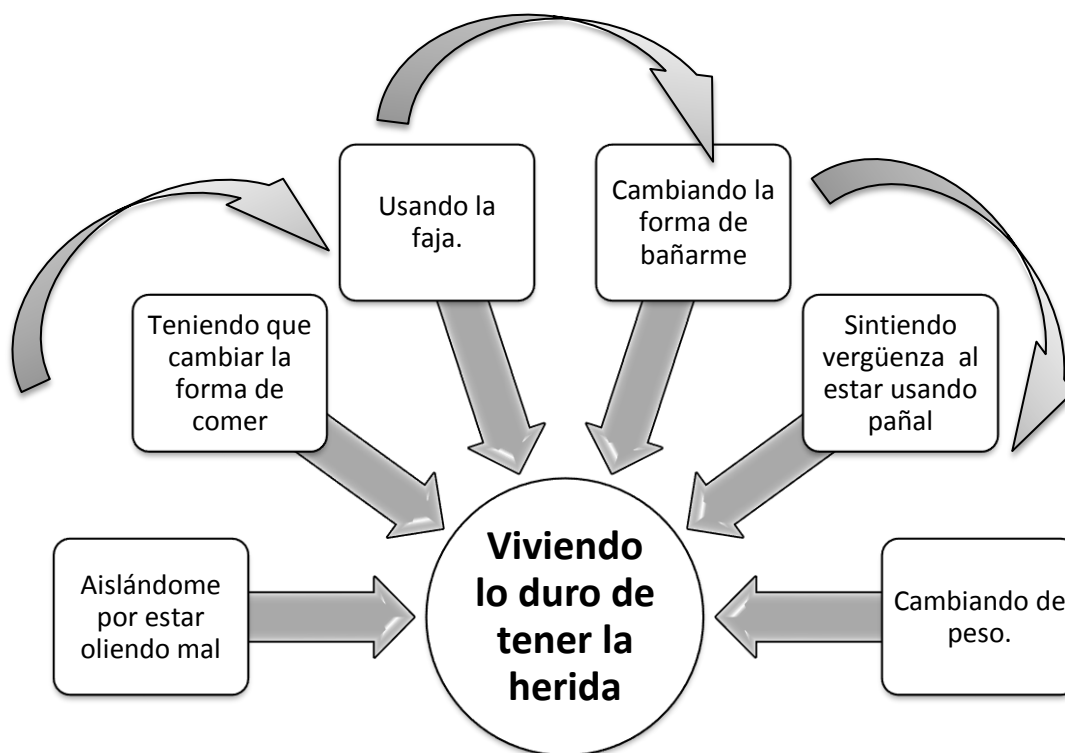
- **Colaborando con las labores de la casa**

“ yo que hago en mi casa ayudar a ser un alimento no es mucho, si no es normal, cuando mi esposa no está, yo preparo un alimento, eso ni me da, ni me quita, pero quiero hacer algo, no quiero estar en la casa, yo cocino dos o tres días y ya me canso entonces yo colaboro lavando” E22-01,235-239.

4.4. Categoría: Viviendo lo duro de tener la herida

Las personas con abdomen abierto viven una serie de circunstancias que los llevan a calificar la experiencia como dolorosa e incluso traumática, dentro de las causas de esta denominación existen hechos relacionados con la herida, como lo son: el olor característico del exudado con el material de curación, cambiar la forma de bañarse para evitar mojar el material de curación, cambiar la forma de comer, de vestir y usar faja y pañal. Esta categoría se originó a partir de las subcategorías que se presentan en la figura 4-5.

Figura 4-5: Viviendo lo duro de tener la herida



Las subcategorías que formaron este son:

- aislándome por estar oliendo mal.
- teniendo que cambiar la forma de comer.
- Usando la faja.
- Cambiando la forma de bañarme.
- Sintiendo vergüenza al estar usando pañal.
- Cambiando de peso.

A continuación se describirán las subcategorías como se señala en la tabla 4-4.

Tabla 4-4: Viviendo lo duro de tener la herida

categoría	subcategoría	Código
Viviendo lo duro de tener la herida	Aislándome por estar oliendo mal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fastidiándome por el olor de la herida ▪ Escuchando que estoy oliendo maluco ▪ Andando con olor ▪ Drenando y oliendo mal ▪ Aislándome por el olor de los parches
	Teniendo que cambiar la forma de comer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durando mucho tiempo sin comer ▪ Teniendo dieta líquida ▪ Cohibiéndome de algunas comidas ▪ Comiendo poquito ▪ Cuidando la alimentación ▪ Normalizando las comidas
	Usando la faja.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usando la faja por recomendación del equipo de salud ▪ Sintiendo incomodidad por la faja • Sintiendo dolor por la faja ▪ Viviendo siempre fajado

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adecuando la faja • Acostumbrándome a usar la faja y estar apretado
Cambiando la forma de bañarme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Siendo bañado por las enfermeras ▪ Siendo esclavo del plástico en el baño. ▪ Evitando que se moje la herida ▪ Perdiendo la posibilidad de estar en el agua ▪ Adecuando la forma de bañarme
Sintiendo vergüenza al estar usando pañal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sintiendo pena cuando me cambiaban el pañal ▪ Sintiendo vergüenza al usar pañales
Cambiando de peso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Viéndome delgado ▪ Sintiéndome flaquito ▪ Recuperando peso ▪ Perdiendo peso ▪ cambiando la forma de vestir

4.4.1.Subcategoría: aislándome por estar oliendo mal.

La herida en el abdomen se caracteriza por tener una gran cantidad de exudado, que puede llegar a mojar por completo el material usado para la curación e incluso traspasarlo, haciendo que se moje la ropa y las sabanas . La asociación entre exudado y el material usado para la curación genera un olor de características desagradables, que aumentan a medida que pasa el tiempo después de realizar la curación. El olor es tan fuerte que puede ser percibido por la persona que tiene la herida e incluso por las personas que están cerca de ella.

El olor es considerado molesto y se asocia con falta de higiene, debido a que es tan fuerte que incluso puede llegar a atraer moscas. Consecuentemente, la persona desarrolla diferentes formas para controlar el olor, dentro de las que se encuentran el baño corporal exhaustivo, el cambio frecuente del material de la curación y el uso de sustancias como desodorantes, perfumes o ambientadores

A pesar del uso de las diferentes alternativas, el olor persiste, así que la persona limita el contacto con otras personas para evitar que los demás perciban el olor. Finalmente, esta situación lleva a que la persona se aleje de los demás, evite integrarse y compartir espacios. Se limita tanto, que la persona con herida en el abdomen termina aislándose hasta que se logra controlar el olor y vuelve a integrarse a la familia.

A continuación se describen algunos códigos que dieron origen a esta subcategoría:

- **Fastidiándome por el olor de la herida**

“y esto (material de la curación) máximo lo puedo dejar dos días porque empieza a oler a feo, dos días máximo, porque, porque empieza a oler a feo, ahorita me baño y mañana me cambio eso y me pongo otro y pasado mañana me baño, me baño bien todo esto, me hecho jabón, pero entonces ya por la noche o por la tarde ya no me huele muy bueno y esto es fastidioso” E01-01,114-119.

- **Escuchando que estoy oliendo maluco**

“vino a visitarme mi esposa y mi hija, y mi hija huy papi que es lo que huele tan maluco, ella es muy asquenta, y mi esposa es su papi, hay papito de verdad que usted enfermo del estómago, que pecado mi papito, entonces ella como es niña perdóneme papito, pero es que usted huele muy a maluco” E22-01,354-358.

- **Andando con olor**

“uno anda con olor a toda hora, un olor característico que lo dan los medicamentos, que lo da la misma exudación que uno tiene, entonces yo ya utilizo otro tipo de productos de lociones, de desodorantes” E14-01, 55-57.

- **Drenando y oliendo mal**

“empieza uno a tener fluido a toda hora, andar oliendo mal” E14-01,44.

“a mí me pusieron un hidrocoloide (material usado para curación), me drenaba mucho y a mí me lo colocaban por la mañana, o a la hora que me lo pusieran, el caso era que por tardar a las cuatro o cinco horas me tenían que... eso votaba como un pus, y huele horrible” E15-01,253-256.

▪ **aislándome por el olor de los parches**

“uno se aísla porque cuando están en proceso digamos cuando uno está empezando el proceso, actualmente hoy en día que no me pase, a mí porque yo he evolucionado al 100% porque se aísla uno, porque se aísla uno porque uno huele a maluco, uno se aísla en su habitación, solo pasaba casi las 24 horas aislado, me llevaban la comida no porque mi familia me aislara, no mucho menos, no me reunía, no me integraba porque sabía que olía a maluco, no era a podrido, sino que los parches que le colocan a uno huele a algo maluco, no es a fétido pero es algo que es maluco, entonces uno se aísla para no incomodar a los demás” E22-01,322-330.

• **Fastidiándome con el drenaje de la herida y el olor que atrae las moscas.**

“eso si para drenar eso era muchísimo lo que drena eso, uyy, pero fue muy controlada en eso, claro está que hay veces que se traspasaba eso y a cambiar sábanas todo, todo, porque primera medida el fastidio de eso, que el olor, que es un olor muy maluco, eso es duro también, si no está uno con una persona ahí al lado que le colabore en eso, difícil superar eso, porque uno ve que eso es, como le digo, como que se engusana uno con ese olor tan a feo, las moscas comienzan a burear alrededor de uno, aquí yo paso de, digamos dos días voy para el tercer día y comienzan las moscas a fregar, y este así sea entre el carro como sea, allá llegan a, entonces imagínese” E26-01, 498-507.

4.4.2.Subcategoría: teniendo que cambiar la forma de comer

La ingesta de los alimentos luego de la cirugía por abdomen abierto, está relacionada inicialmente con la capacidad subjetiva de tolerar los alimentos después de dicho procedimiento. Los cambios en la comida se van dando inicialmente porque la persona

durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos pierde la posibilidad de ingerir alimentos, posterior a este ayuno prolongado la persona solo consume alimentos líquidos, que no van a perjudicar la mucosa gástrica la cual se considera sensible al daño luego del ayuno.

Cuando se alcanza la resistencia del estómago, la persona recupera la posibilidad de ingerir alimentos sólidos, sin embargo existen alimentos que al ser consumidos, no son tolerados y generan problemas digestivos que incluso llevan a la persona a consultar al servicio de urgencias. La persona al conocer esta situación decide cuidarse en la alimentación, por lo que evita los granos secos, las grasas y las bebidas alcohólicas, hasta el punto de considerarlos prohibidos, debido a su baja tolerancia intestinal. Algunos alimentos también se evitan debido a que se consideran irritantes de la herida y pueden impedir el adecuado proceso de cicatrización.

La persona va regulando la dieta según las indicaciones recibidas por otros, consume raciones pequeñas y finalmente adopta hábitos que le permiten evitar las hospitalizaciones y tener un buen patrón digestivo. Sin embargo, siempre compara su capacidad actual con la que tenía previamente a la cirugía que produjo la herida y describe los cambios como pérdidas.

A continuación se describen algunos códigos que dieron origen a esta subcategoría:

- **Teniendo dieta**

“hay que comer cosas que le formulan a uno, y le provocan y como también me quitan, dieta, yo tengo dieta” E03-01-163-164.

- **Durando mucho tiempo sin comer**

“dure sin comer un mes en cuidados intensivos, no podía comer” E13-01, 77-78.

- **Teniendo dieta líquida**

“antes era solo dieta líquida mientras cogía otra vez cogía fuerza el estómago” E13-01, 167-168.

- **Cohibiéndome de algunas comidas**

“¡Granos prohibidos! yo no me puedo comer una bandeja paisa porque ((risas)) directo a urgencias he....Pues a mí me gustaba, yo anteriormente comía garbanzos, lentejas de todo eso, ahora me quedo eso vedado, ni he querido hacer el intento, sí. Una vez intente hacer, tomarme solo el caldito de los frijoles que supuestamente eso disque es muy bien, termine en urgencias en la clínica, entonces dije hasta luego los garbanzos, leguminosas y todo el tipo de granos” E02-01,182-188.

▪ **Comiendo poquito**

“poco arroz como, por ahí carne, con una yuquita o algo así, pero de resto no, no es que sea de mucho comer de todas maneras me he cuidado” E01-01-344-346.

▪ **Cuidando la alimentación**

“cuidados con lo del estómago, no comer mucha grasa, marrano, bebidas negras, nada irritante como el aguacate, los chicharrones, todo eso, pues así toca todavía” E03-01- 34-36.

• **Alimentándome bien**

“yo lo que hago es alimentarme bien pues aquí en el hospital me recomiendan que coma mucha proteína, fruta, y algo de lácteos, gelatina”E21-01, 22-23.

▪ **Teniendo una dieta limitada**

“Y el tema de la alimentación, mi alimentación es... yo almuerzo normalmente carne y verduras pero, entonces no todas las verduras las puedo comer, no todas las frutas las puedo comer. Sí tengo una dieta bien limitada sí” E02-01,180-183.

▪ **Normalizando las comidas**

“Llegar uno después a normalizarse con sus comidas hay un poco, le sugieren y le aconsejan y le imponen he... que modifique un poco sus hábitos alimentarios y, pero no es ningún sacrificio” e05-01,175-177.

4.4.3.Subcategoría Cambiando de peso

La persona durante la hospitalización tiene una gran pérdida de peso, lo que hace que al volver a estar consciente se sienta delgado y tenga una disminución visible de su peso habitual; es duro para las personas ver cómo han bajado de peso y la ropa que usaban antes de la cirugía les queda grande. Luego de salir de la hospitalización las personas empiezan a consumir más alimentos y continúan incluyendo suplementos nutricionales, lo que les permite recuperar un poco su contextura. Sin embargo nunca vuelven a tener el mismo peso, por lo cual deben adecuar su ropa y cambiar su forma de vestir ya que no solo quieren ocultar que están más delgados, sino también evitar que se vea la curación y la faja.

A continuación se encuentran algunos códigos a través de los cuales se formó la subcategoría:

- **Viéndome delgado**

“Cuando salí del hospital parecía un cadáver, estaba demasiado flaco, pálido pero yo voy mejorando, con la nutrición y he tomado vitaminas y hay vainas” E21-01,80-82.

- **Sintiéndome flaquito**

“yo me sentía tan flaquita, eso yo me veía toda como un...forrada como en los huesitos, así, terrible fatal esos pantalones, se me bajaban de largo, huy no, no, no, una experiencia muy dura, muy dura.”E10-01,254-256.

- **Recuperando peso**

“ya empecé a tomarme el Ensure (suplemento nutricional), empecé a subir de peso, empecé, empecé” E10-01, 251-252.

- **Bajando de peso**

“yo en el lapso de la operación de estar allá y todo eso baje como... casi ocho kilos” E01-01,215-216

- **cambiando la forma de vestir**

“A mí me ha tocado cambiar hasta el modo de vestir, ahora me toca usar tirantas, yo no puedo usar el cinturón, los pantalones tienen que ser amplios y tienen que ser casi descolgados para que no me roce con la herida” E02-01, 134-137.

“Por ejemplo ahorita no utilizo camisas claras, uno es a toda hora con camisas oscuras” E14-01,53-55.

“empezó a cambiar ropa y de todo, porque ese, no le digo, perdí veintiséis kilos, ahora he ganado siete pero por ahí llegar a ochenta y quedarme ahí por salud, por esta cuestión de la herida, queda muy débil entonces toca cuidarse, no volverse barrigón ni nada, para que la herida no sufra” E26-01-435-439.

4.4.4.Subcategoría usando la faja.

La persona con abdomen abierto pierde el soporte de los músculos abdominales, a raíz de esta situación los médicos y la enfermeras recomiendan a la persona el uso de faja para ayudar a dar soporte a la región abdominal. Sin embargo el uso de la faja genera incomodidad y dolor, porque debe ser usada las 24 horas del día, impidiendo a la persona tener una adecuada expansión de los músculos del tórax y todo el tiempo debe recibir presión constante en la espalda.

Usar faja se convierte en una necesidad, ya que es la única forma de sostener el abdomen, las personas con herida por abdomen abierto refieren que es incómodo usar la faja, por lo tanto buscan estrategias para sobrellevar esta situación, así que adecuan la faja a sus necesidades; modificando el material, añadiéndole tirantes y teniendo repuestos. Estas modificaciones permitan minimizar la molestia generada por la faja y contribuyen a que la persona poco a poco se acomode y requiera de ella, tanto que se convierte casi en una necesidad para dar soporte al abdomen

Algunos códigos que dieron origen a esta subcategoría son:

- **Usando la faja por recomendación del equipo de salud**

“me han recomendado que tengo que andar todo momento con faja, tengo que andar con la faja puesta a todo momento eso ha sido lo único que me ha recomendado el médico y las enfermeras” E12-01,210-213.

- **Sintiendo incomodidad por la faja**

“la faja usted sabe que la faja incómoda mucho me toca la faja 24 horas al día día y noche” E22-01,247-248.

- **Sintiendo dolor por la faja**

“la faja son limitaciones dolor de espalda me afecta mucho, demasiado, pienso que sea por la faja porque cuando estando acostado me soltaba una media hora para descansar, porque al principio fue muy difícil, se le cierran las costillas a uno, incomodan mucho, actualmente ya me estoy acostumbrando pero duele mucho la faja en las costillas, uno mantener las 24 horas apretado le duele mucho las costillas. Yo soy muy ancho del pecho de la caja torácica, la caja sufrió mucho en ese sentido porque se comprimen, al retirarlos se sabe lo que la faja lo limita para respirar porque no tiene todo el recorrido los pulmones para inhalar, exhalar, lo mismo le toca uno respirar limitado” E22-01,252-262.

- **Viviendo siempre fajado**

“también es feo porque le toca a uno estar fajado siempre” E21-01,85-86.

- **Adecuando la faja**

“lo que son una faja con tirantas para que no se escurra, entonces hasta el tema de la faja toco mandarlas hacer a la medida. Sí y toca tener varias para estar rotando frecuentemente. Entonces a mí me toca faja de por día, por día por el tema de asepsia” E02-01,214-217.

- **Acostumbrándome a usar la faja y estar apretado**

“Uno no está acostumbrado a estar apretadito, es una vaina también, pero ya en este tiempo que llevo usando las fajas tanto la del tela como la de, se va uno como acostumbrando, se va uno acostumbrando a tener eso apretado ahí” E26-01, 531-534.

4.4.5.Subcategoría: Cambiando la forma de bañarme

Las actividades de la vida diaria, como el baño cambian drásticamente luego de la aparición de la herida, inicialmente la persona mientras permanecen en la unidad de cuidado intensivo requiere de baño en cama, labor que es realizada por las enfermeras. Allí escucha que el material de curación que cubre la herida no puede ser mojado, así que debido a esta recomendación empieza la tarea titánica de buscar alternativas para cumplir esta misión; para ello requiere de la ayuda de un familiar para realizar el baño y utilizar implementos como: el plástico y las toallas para evitar el contacto del agua con el abdomen, así como se evitan escenarios que lleven a la persona a tener contacto con el agua.

Perder la posibilidad de realizar un baño corporal donde el agua corra libremente por el cuerpo, sin necesidad de cubrir el abdomen, lleva a la persona con el tiempo a recurrir a alternativas como bañar el cuerpo por partes sin requerir de la ayuda de otros, donde se lava la cabeza y región superior a la herida y luego la zona genital y las extremidades inferiores. Para tener la sensación del baño completo, la persona va minimizando la ayuda de otros dentro de esta labor, hasta que finalmente adecua la forma para bañarse sola.

Algunos códigos que dieron origen a esta subcategoría son:

- **Siendo bañado por las enfermeras**

*“las otras enfermeras cuando estaba en cuidados intensivos habían dos enfermeras muy queridas, me trataban muy bien, me bañaban y todo eso”*E15-01, 214-216.

- **Siendo esclavo del plástico en el baño.**

“el baño para mi cambio totalmente, yo me volví esclavo del plástico, llevo tres años bañándome con plástico” E14-01-57-59.

- **Evitando que se moje la herida**

*“tiene que utilizar un plástico y una toalla y bañarse hay como uno pueda tratando en lo posible de no mojarse”*E21-01,87-88.

- **Perdiendo la posibilidad de estar en el agua**

“A mí me gusta viajar mucho y no lo puedo hacer, soy amiga del agua y no lo puedo hacer” E04-01, 9-10.

- **Adecuando la forma de bañarme:**

“yo ya puedo bañarme la cabeza, refregarme, eso para mí es un adelanto ni la machera, yo me siento bien, bien, pero antes dependiera que ella (esposa) hiciera absolutamente todo, que me lavaba la cabeza, me pusiera aquí un platón, me lavaba” E26-01, 734-737.

4.4.6.Subcategoría: Sintiendo vergüenza al estar usando pañal

Usar pañal es una de las experiencias que la persona con herida por abdomen abierto considera más dura. Al tener una estancia prolongada en la unidad de cuidado intensivo, la persona permanece inmóvil por un tiempo prolongado. Tiempo durante el cual va a requerir del uso del pañal y de la ayuda de otros para realizar el aseo de la zona genital, situación que es manifestada por las personas como vergonzosa, penosa y humillante.

El uso del pañal se mantiene hasta que la persona recupera la movilidad, debido a que al no poder desplazarse por sí solo hasta el baño, usa pañal.

El uso del pañal está relacionado con lactantes o preescolares, por ello, se considera un retroceso comparable con los niños que no pueden controlar esfínteres. Esta situación es motivo de tristeza para la persona, quien tiene sentimientos de vergüenza y pena cuando requiere de la ayuda de otros para realizar estas labores de aseo matutino.

A continuación se encuentran algunos códigos a través de los cuales se formó la subcategoría:

- **Sintiendo pena cuando me cambiaban el pañal**

“ya cuando viene a la alcoba ya es más, ahí ya depende uno absolutamente, en este caso fue de mi mujer, y el que me alcanza a, un episodio como de veinte, no como de unos ocho días de diarrea que hacía hasta veinte veces, entonces era ella quien me cambiaba los pañales entonces me daba pena hasta con las enfermeras y no ya que llegó otra enfermera a reemplazarla por medio, noche de por medio, no es que es muy incómodo, teniendo uno todas sus, sus facultades, ya depender de una persona que le haga eso, no y sus partes íntimas” E26-01,280-287.

- **Sintiendo vergüenza al usar pañales**

“ahora es bastante humillante para un hombre que durante todo ese periodo de convalecencia le tengan que poner pañales, lo tengan que acompañar al baño, le tengan que hacer una cantidad de cosas que hace muchísimos años ya o nunca las ha tenido, o nunca las ha necesitado, esa parte es muy dura, por la vergüenza con las personas, por la pena y porque siempre es molesto para cualquiera el proceso del baño, el proceso de todo es complicadísimo” E05-01,152-158.

4.5. Categoría: Teniendo que curar una herida terrible en el estómago

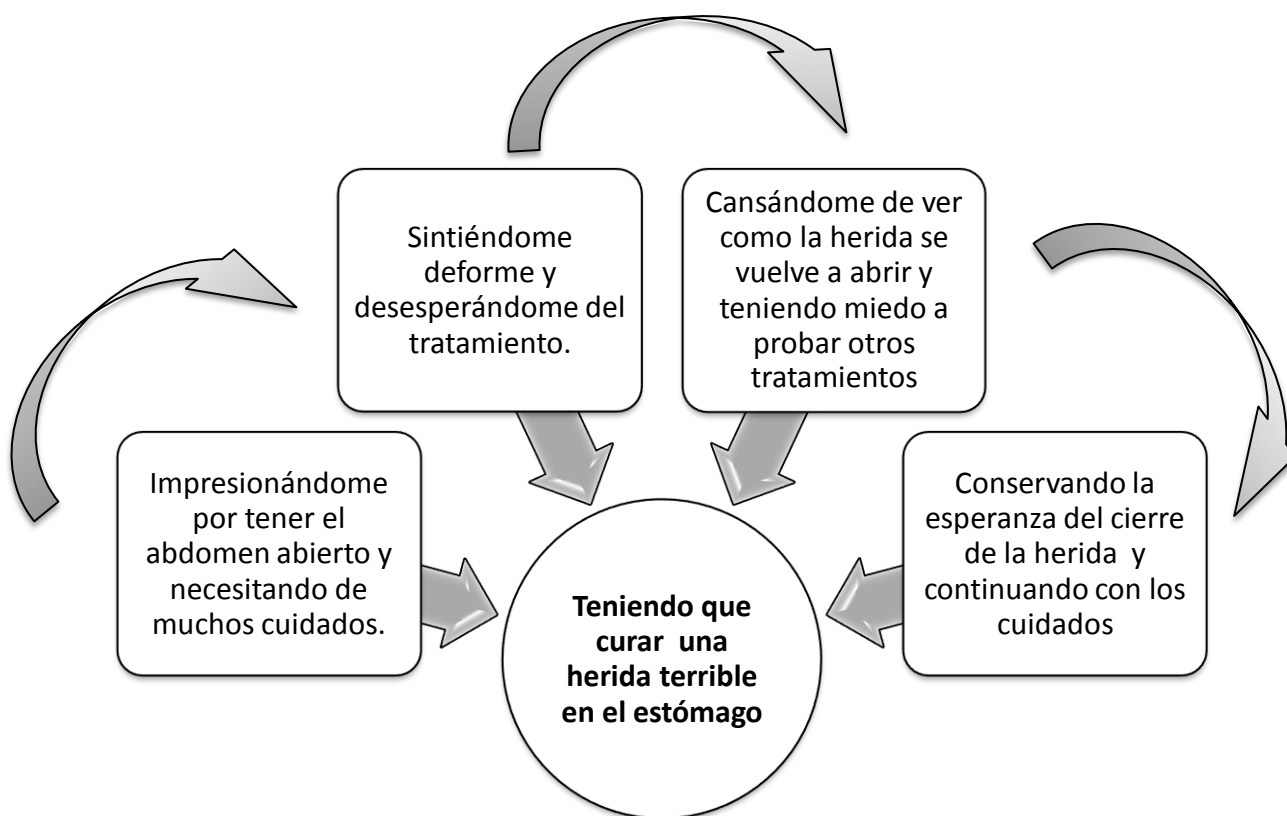
Los sentimientos con relación a la herida cambian con el tiempo debido a las características físicas que tiene la herida y los efectos que las curaciones y cuidados van reflejando sobre la apariencia física de la piel, lo que repercute en como la persona se ve y se siente.

Al ver la herida por primera vez, la persona queda impresionada por el tamaño y características del tejido, por lo que asume que va a necesitar muchos cuidados, cirugías y necesariamente debe estar hospitalizada; por lo tanto acepta todos ellos sin cuestionar. Sin embargo es terrible cuando es informada que va a salir de la hospitalización con la

herida abierta. En la casa ver y sentir cómo el abdomen ha tenido tantos cambios hace que la persona se sienta aterrada, pues considera que está deforme y se cuestiona constantemente por qué la herida no cierra, dudando del tratamiento. Ante esta situación la persona se desespera y busca otras opciones, sin embargo no las ejecuta por temor a lesionarse.

Continuar con el tratamiento que principalmente consiste en curaciones, lleva a la persona a cansarse de esa situación. Sin embargo, es tan repetitiva que casi se acostumbra a ella y conserva la esperanza de que algún día la herida cierre; por lo que continua con el tratamiento y piensa que la medicina es limitada y solo el tiempo dirá cuando la herida finalmente cierre. Las subcategorías que dieron origen a esta categoría se presentan en la figura 4-6.

Figura 4-6: Teniendo que curar una herida terrible en el estómago



Las subcategorías que formaron este concepto son:

- Impresionándome por tener el abdomen abierto y necesitando de muchos cuidados.
- Sintiéndome deforme y desesperándome del tratamiento.
- Cansándome de ver como la herida se vuelve a abrir y teniendo miedo a probar otros tratamientos
- Conservando la esperanza del cierre de la herida y continuando con los cuidados

A continuación se describirán las subcategorías como se señala en la tabla 4-5.

Tabla 4-5: Teniendo que curar una herida terrible en el estómago

categoria	subcategorías	Códigos
Teniendo que curar una herida terrible en el estómago	Impresionándome por tener el abdomen abierto y necesitando de muchos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impresionándome cuando desperté y me di cuenta que tenía la herida. ▪ Impresionándome al ver el estómago abierto • Creyendo que mi herida es grande ▪ Teniendo escalofrió al ver mi estómago con una bolsa cocida ▪ Necesitando de muchos exámenes ▪ teniendo cirugías ▪ Teniendo varios lavados quirúrgicos durante la hospitalización • Saliendo de la hospitalización con el abdomen abierto es complicado

sintiéndome deforme y desesperándome del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • viendo mi estómago diferente ▪ Quedando con el estómago terrible ▪ Quedando con la panza fea • Sintiendo tristeza al ver mi estómago • Viéndome sin ombligo • Sintiéndome deforme ▪ Estando deforme • Sintiendo rabia al ver las cicatrices y saber que no voy a quedar igual ▪ Conociendo que la piel es frágil. ▪ Incomodándome mientras espero el cierre ▪ Teniendo el problema porque la herida no cierra ▪ Desesperándome porque la herida no cierra ▪ Aburriéndome por qué la herida no cierra ▪ Buscando ayuda por todas partes porque estoy cansándome de esperar que la herida cierre
cansándome de ver como la herida se vuelve a abrir y teniendo miedo a probar otros tratamientos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Viendo como la herida se cierra y se abre ▪ Teniendo la herida medio abierta ▪ Llorando al ver que la herida se vuelve a abrir ▪ Cansándome de la herida y de utilizar tratamiento ▪ Cansándome de esperar que la herida cierre • Teniendo miedo a intentar nuevos tratamientos ▪ Dándome cuenta que el médico o puede hacer nada ▪ Cansándome de tener curaciones

- | | |
|----------------------|---|
| conservando la | • Cogiendo piel |
| esperanza del cierre | ▪ siguiendo con las curaciones y |
| de la herida y | acostumbrándome a la herida |
| continuando con los | • Acostumbrándome a la herida |
| cuidados | • pensando que lo importante es que sane |
| | y la cicatriz solo será el recuerdo |
| | ▪ Teniendo la esperanza que cierre versus |
| | dándome cuenta que el médico no puede hacer |
| | nada |
| | • Olvidando que tengo la herida |
| | ▪ Explicando porque los médicos no se |
| | atreven a hacer otra cirugía |
| | • Esperando la reconstrucción del |
| | abdomen |

4.5.1.Subcategoría: Impresionándome por tener el abdomen abierto y necesitando de muchos cuidados

La sorpresa que causa ver la herida por primera vez es terrible, ver el cuerpo con una herida grande que incluso cubre gran parte del abdomen es muy impactante, las personas relatan lo duro que fue este momento, ver un su cuerpo una herida que ni siquiera imaginaban que pudiera existir. Así como recuerdan cuando les retiraron los apósitos y pudieron apreciar la dimensión de la herida.

La herida impresiona debido a su magnitud, el color rojo, la inflamación que causa protrusión del abdomen, así como ver una bolsa adherida a la piel (mientras usaron la técnica de bolsa de Bogotá), todos estos elementos sumados al dolor hacen que la persona sienta que su abdomen está terrible.

Sumado a la impresión de ver el abdomen, la persona empieza a escuchar y darse cuenta de todos los cuidados que le proporciona el personal de salud, para evitar cualquier daño y permitir la recuperación. Los cuidados son dolorosos porque implican toma de muestras de sangre, permanecer hospitalizado y tener varias cirugías, como los lavados quirúrgicos. Todos los procedimientos se aceptan sin vacilar ya que la persona cree que los médicos y las enfermeras tienen el conocimiento y en esos momentos son los únicos que saben qué hacer.

Existe otro hecho que vuelve a ser sorprendente e inesperado y es la salida del hospital con la herida abierta, la herida que está cerrada hasta fascia, continua siendo grande y requiere un cierre por segunda intención, el cual no requiere que la persona esté hospitalizada. Esta nueva situación marca un punto importante en los cuidados, debido a que durante la hospitalización los cuidados habían estado a cargo de las enfermeras y ahora estarán a cargo de la familia, situación que complica el regreso a casa, ya que la persona aunque se siente feliz de volver a casa cree que va a ser difícil cumplir con todos los requerimientos que exige cuidar a una persona con herida abierta en casa y continuar con el proceso de cicatrización.

Los códigos que dieron origen a esta subcategoría, fueron:

- **Impresionándome cuando desperté y me di cuenta que tenía la herida.**

“Huy no eso fue como el día en que, en que desperté estaba allá en la habitación, y entonces no recuerdo la hora que fue, en todo caso cuando fue el médico allá con la enfermera que haaa, me abrieron y todo eso huich y me vi eso, es como decimos nosotros una chaguala, era grande, era grande eso, no noooo nooo, que tiene que tener mucho cuidado al moverse y todo eso porque la herida es grande, y entonces claro ese día yo me impresione mucho, ese mismo día no sé si fue como .. 14 ó el 15 de agosto algo así que fue cuando me di cuenta de eso y que me acuerdo, estaba el doctor con unas enfermeras hay, hay cada rato la una y la otra enfermera me limpiaron y todo eso y me pusieron una ésta, como es que se llama, un parche de esos pero grande. Pero para mí la impresión fue grande huich, imagínese ver eso así todo esto completamente rojo como esto (señala el tejido de granulación) y claro resentido, como le digo eso me impresiono mucho”E01-01,181-194.

- **Impresionándome al ver el estómago abierto**

“antes era uaauch (hace gestos de desagrado y señala todo el abdomen con la mano, en forma circular), era todo el estómago abierto se veía apenas todo impresionante”E13-01, 22-24.

- **Creendo que mi herida es grande**

“que yo creo que más grande no hay, porque la herida mía es grande, más grande que esta no hay la herida prácticamente fue de 30 x 25 (señalándose todo el abdomen)” **E06-01,167-169.**

- **Teniendo escalofrió al ver mi estómago con una bolsa cocida**

“pues yo nunca había estado hospitalizado y pues al ver eso así como tan grave, como escalofriante también porque yo al verme el estómago hinchado y pues abierto y con una bolsa ahí cocida”E13-01, 74-77.

- **Necesitando de muchos exámenes**

“estar en la clínica es eso si es tenaz porque a mí era que chúceme cada rato como cada tres horas, que para la azúcar, que para él examen de gases de la sangre, no eso era una chuzadera que yo ya tenía todo esto (señala los brazos), todas las venas como un colador, ya las enfermeras ni me podían tomar sangre al final casi porque ya estaba muy mal entonces, eso sí era un pereque y eso si era maluco” E24-01,41-46.

- **Teniendo cirugías**

“me hicieron seis cirugías incluido el abdomen abierto se fue herida de bala entonces me perforó hígado, intestino, el vaso, un pulmón, entonces a raíz de esto me hicieron cirugía de abdomen abierto para poder hacer las otras cirugías” E22-01,8-11.

- **Teniendo lavados quirúrgicos durante la hospitalización**

“empezar a hacer lavados constantes me hicieron como 36 lavados durante el tiempo que dure hospitalizado, estuve hospitalizado como 2 meses y medio más o menos y casi a diario” E21-01,10-12.

- **Saliendo de la hospitalización con el abdomen abierto es complicado**

“yo salí de la hospitalización y pues realmente salir con el abdomen abierto no es muy bueno que digamos y se complica todo la herida siempre es complicada y es muy propenso a infectarse la herida debe tener uno muchos cuidados en nutrición y cuando se hacen las curaciones”E21-01,16-20.

“Pues a mí me dio bastante duro esto, porque yo no, nunca esperaba esta cirugía, pues yo nunca me imaginé, que me fueran hacer cirugía, y más que todo que me fueran a dar salida con la herida abierta”E09-01-62-64.

“cuando ya me fueron a dar salida del hospital, me dijeron que la herida quedaba abierta, el abdomen, que el estómago me quedaba abierto”E12-01, 44-46.

4.5.2.Subcategoría: sintiéndome deforme y desesperándome del tratamiento.

La nueva piel es frágil y se debe cuidar para evitar formar nuevas heridas La herida continua abierta y la impresión inicial de ver el abdomen abierto, pasa a convertirse en una realidad que debe enfrentarse, dónde el cuerpo se ve transformado, tiene elementos que desagradan y hacen que la persona se sienta deforme, debido a varios factores como son el largo tiempo que ha tomado para que la herida vaya cerrando y la parte que va cerrando forma un tejido que cicatriza en forma de irregular, con abultamientos debido a las eventraciones que se pueden formar dejando marcas en el cuerpo que recuerdan que no va a volver a tener el cuerpo que tenía.

Otro de los factores que hacen que la persona se sienta deforme es el hecho de no poder observar el ombligo, la herida al estar ubicada en la línea media abdominal desplaza la cicatriz del ombligo, dando la apariencia de ausencia del mismo; situación que genera en la persona gran tristeza. Entonces busca explicaciones con los médicos tratantes, quienes le indican el lugar en donde se encuentra el ombligo y el por qué se ve así. Sin embargo, las explicaciones dadas por los médicos no satisfacen las dudas.

Todos estos cambios en el cuerpo hacen que la persona al ver el abdomen se sienta deforme, triste y se cuestione sobre el por qué la herida persiste, se pregunta muchas veces qué sucede, incluso cree que puede deberse a falta de medicina o a que no se han movilizad todos los recursos disponibles en salud para que la herida cicatrice y el deje de estar deforme.

La suma de ver el estómago deforme y buscar qué hacer para que la herida cierre, lleva a la persona a desesperarse ya que no encuentra una solución a su problema, no sabe qué más hacer para lograr finalmente que la herida cicatrice.

Algunos códigos que dieron origen a esta subcategoría son:

- **viendo mi estómago diferente**

*“según yo en este momentos me miro el estómago, me miro el estómago y yo si me veo el estómago diferente a lo anterior, igualmente yo voy a quedar al parecer voy a quedar sin ombligo, porque donde tengo la herida abierta hay en esa parte tengo el ombligo, al parecer como que la cuestión del estómago se cambia mucho, me veo el estómago diferente a lo anterior”*E12-01,102-107.

- **Quedando con el estoómago terrible**

*“porque eso mi estomaguito, eso quedo peor que un mapa, porque tengo una herida por acá así (línea media del abdomen), por acá tengo las mangueras (hipocondrio izquierdo), por aquí lo mismo (hipocondrio derecho), mi estomaguito acá (parte superior del abdomen), eso es terrible”*E10-01-39-43.

- **Quedando con la panza fea**

*“cómo me quedo la panza, aquí me quedo vea una cosa (parte inferior del abdomen que se encuentra con deformidad prominente) que yo nunca tenia eso así, me quedo esto aquí una saliente pero muy fea”*E01-01,23-26.

- **Sintiendo tristeza al ver mi estómago**

*“Pues tristeza siempre porque siempre se ha desmejorado porque yo tengo es bastante cortado por tres partes”*E03-01, 141-142.

- **Viéndome sin ombligo**

“yo por ejemplo he sido un poquito vanidoso y al verme esa herida y al verme el ombligo dividido en dos, tengo la mitad del ombligo a un lado y la otra mitad al otro lado, pues verme el abdomen es algo desmoralizante, yo le preguntaba a la jefe que si en la otra cirugía el ombligo me lo podrían arreglar, y ella me decía que si a mí me preocupaba mucho el ombligo, si claro a mi preocupaba el ombligo, aun espero que cuando me hagan la cirugía no se el ombligo me quede cerrado, me quede más o menos normal y eso es algo que me pone muy triste, a uno porque, porque uno verse el abdomen como lo tengo es algo muy difícil de llevar” E15-01,124-132.

- **Sintiéndome deforme**

“al comienzo pues fue tenaz pues mirarme al espejo fue tenas en estos momentos no me veo el ombligo siento como si no lo tuviera se siente como si fuera deforme” E19-01,149-151.

- **Estando deforme**

“ahorita si esta deforme (la herida), está muy deforme, tenas, yo siempre decía ya no me puedo poner bikini con el cuento del bikini, pero yo lo que digo no me importa como quede, no me importa, me importa es que cierre. Si eso ha sido tenaz porque pues uno vive mucho de las apariencias y del qué dirán y cómo lo vean, pero a la final eso no me importa, lo importante es que cierre no importa, si va quedar horrible, porque eso está horrible” E04-01,113-119.

- **Sintiendo rabia al ver las cicatrices y saber que no voy a quedar igual**

“no se me da como rabia, da como rabia saber que uno ya no va a quedar igual y que esas cicatrices hay otra vez porque son dos cicatrices, entonces me da como rabia, que ya no va a volver a ser uno el de antes” E11-01,56-58.

- **Conociendo que la piel es frágil.**

“la piel hay es como una bomba cuando esta medio inflar, creo que usted más que nadie conoce eso, incluso en este momento está piel, la que ha nacido, es súper delicada, que no se le puede meter ningún adhesivo, aquí está la prueba un adhesivo, para la muestra

donde me colocaron un adhesivo, y ahí hizo herida, entonces esto no es nada" E06-01,68-73.

▪ **Incomodándome mientras espero el cierre**

"es una incomodidad, porque y desesperación, porque no me cierra, no me cura no me sana y pero no es que me duela ni nada de eso no porque yo camino bien y todo y .. Y lo demás bien y como bien y todo pero entonces la incomodidad de la herida, hay la incomodidad eso y la desesperación de que no me cierra, es imposible que no me cierre eso" e01-01, 70-75.

▪ **Teniendo el problema porque la herida no cierra**

"el problema como le digo y insisto es que no me cura y no me sale piel a esta herida, ese es el problema, o sea no estoy completamente curado y ya son dos años" E1-01, 50-51.
"no, no, no me cierra, no me le sale piel ay para que la herida quede completamente sellada" E01-01, 57-58.

▪ **Desesperándome porque la herida no cierra**

"es una incomodidad, porque y desesperación, porque no me cierra, no me cura no me sana y pero no es que me duela ni nada de eso no porque yo camino bien y todo y .. y lo demás bien y como bien y todo pero entonces la incomodidad de la herida, hay la incomodidad eso y la desesperación de que no me cierra, es imposible que no me cierre eso. A veces yo he pensado no sé si, si es falta o cuestión de medicina que no me sirve, entonces me han dicho que aquí sería muy bueno" E01-01-70-75.

▪ **Aburriéndome por qué la herida no cierra**

"preguntarme todos los días ¿por qué?, ¿por qué no cierra?, ¿por qué no? ya llevamos más de una año, y ayer la doctora me dijo que de pronto tocaba que hacer otra cirugía, entonces eso ya me afecto bastante, me ha afectado bastante, me ha implicado mi vida, aburrida puede ser, una vida aburrida, una vida muy aburrida, es lo que más me ha significado" E04-01,38-43.

▪ **Buscando ayuda por todas partes porque estoy cansándome de esperar que la herida cierre**

ha avanzado si yo no digo que no, si no de la primera herida que era terriblemente honda y larga ya ahorita pues está mucho más avanzada, pero el que avance, que no se sane mejor dicho ha sido complicado, la vida se ha complicado mucho eso sí, y uno tiende a buscar ayuda por todas partes pero llega un momento en que uno dice bueno, si esas ayudas no sirven qué hago(¿?), para dónde cojo(¿?), cómo voy a hacer(¿?) y ya con la noticia que de pronto me toca hacerme otra vez, entonces eso ya es más complicado todavía, mucho más complicado ,muy aburridor se cansa uno de esperar, esperar, esperar, el cansancio”E04-01,81-96.

4.5.3.Subcategoría: cansándome de ver como la herida se vuelve a abrir y teniendo miedo a probar otros tratamientos

La piel que se va formando alrededor de la herida es frágil, así que con cualquier movimiento fuerte, la fricción generada por el roce de la ropa o el uso de los adhesivos empleados en la curación, hacen que la herida se vuelve a abrir. Así que la persona poco a poco se va cansando de esta situación, porque a pesar de continuar con los cuidados instaurados, la herida no cicatriza sino que tiene retrocesos que hacen sentir a la persona triste, al no ver recompensados todos sus esfuerzos y cuidados con el cierre de la herida. Sin embargo a pesar del cansancio que le producen todos los cuidados que debe tener y asistir al tratamiento, el cual consiste principalmente en curaciones, tiene miedo a probar otras opciones de tratamiento, así que decide mejor continuar con las curaciones y no correr riesgos con otras opciones terapéuticas.

Algunos códigos que dieron origen a esta subcategoría son:

- **Viendo como la herida se cierra y se abre**

“uno el abdomen así, como que cada rato y trataba de sanar, ya uno de la esperanza de que ya sane, y volvía y se abría, eso es muy duro, muy duro, le cuento que eso es una experiencia muy dura, eso como que le marcan a uno la vida para siempre” E10-01,68-71
“y esa herida sanaba un poquito, volvía y se abría”E10-01,31-32.

- **Teniendo la herida medio abierta**

“La herida gracias a Dios ya me está cerrando pero todavía la tengo media abierta, pero a como era antes, antes yo la tenía demasiado abierta” E08-01,18-20.

- **Llorando al ver que la herida se vuelve a abrir**

“le cuento que cada que yo entraba al baño, también yo entraba y veía que la herida se me volvía a abrir, hay no, me daban muchas ganas de llorar, a mí me agarraba un sentimiento, yo lloraba y lloraba, y mi hija me decía, no mami tranquila, eso se mejora, eso no se qué, pero eso es muy cruel le cuento que sí, porque o sea de verse uno el abdomen así, como que cada rato y trataba de sanar, ya uno de la esperanza de que ya sane, y volvía y se abría, eso es muy duro, muy duro, le cuento que eso es una experiencia muy dura, eso como que le marcan a uno la vida para siempre”E10-01,64-71.

- **Cansándome de la herida y de utilizar tratamiento**

“lo que le puedo contar es que..., ya estoy cansado con esta cosa así (se señala la herida), que quisiera que de todo se, se cerrara y no tuviera que utilizar ((TOS))curaciones y mucho menos faja”E01-01, 283-285.

- **Cansándome de esperar que la herida cierre**

“eso ha significado cansancio, tristeza a veces hum... preguntarme todos los días por qué (¿?), por qué no cierra (¿?), por qué no (¿?) ya llevamos más de una año” E04-01,37-40.

- **Teniendo miedo a intentar nuevos tratamientos**

“A veces yo he pensado no sé si, si es falta o cuestión de medicina que no me sirve, entonces me han dicho que aquí sería muy bueno... poner cristales de sábila que eso cierra la herida si y sana muy rápido y todo pero me da miedo porque sin el visto bueno del doctor, le he dicho a la enfermera y dice “eso toca lo que dice el médico y punto” E01-01,75-80.

- **Dándome cuenta que el médico o puede hacer nada**

“lo único que me colabora el médico tratante es dando las autorizaciones” E2-01,10-11.

▪ **Cansándome de tener curaciones**

*“me toca con las curaciones cada rato, casi todos los días y con los apósitos”*E01-01,33-34.

“ya estoy cansado con esta cosa así (se señala la herida), que quisiera que de todo se, se cerrara y no tuviera que utilizar ((tos))curaciones y mucho menos faja” E01-01, 283-285.

“siempre a la larga cansa estar cada semana o cada tres días estar hiendo a curaciones” E01-01,43-44.

4.5.4.Subcategoría: conservando la esperanza del cierre de la herida y continuando con los cuidados

La persona continua con las curaciones y se va dando cuenta que la herida lentamente forma piel y el cierre se va dando paulatinamente, así que conserva la esperanza que algún día la herida cicatrice completamente. La ilusión del cierre la anima a continuar con los cuidados, tanto que se va acostumbrando a la herida y a todas las actividades que se desprende de ella. Sin embargo al volver a ver su abdomen le recuerda que lo más importante es que la herida sane y que finalmente la cicatriz solo será el recuerdo de la vivencia que ha tenido y ha venido superando junto a su familia.

También se da cuenta que la medicina es limitada y que en estas circunstancia dónde la piel del abdomen es tan frágil, los médicos no pueden hacer nada por el momento y si existe en algunos casos la posibilidad de una nueva cirugía reconstructiva, se debe esperar hasta que la herida cicatrice completamente para realizar otra operación y reconstruir la pared abdominal.

Algunos códigos que dieron origen a esta subcategoría son:

• **Cogiendo piel**

“uno ya sabe que va mejorando que va cerrando, como era antes, ahora ya va pegando, cogiendo piel claro porque antes se veía feo, claro, pues ahorita ya no me da duro” E13-01,82-84.

- **siguiendo con las curaciones y acostumbrándome a la herida**

*“yo he seguido con esta curación que es un crema granúgena y el apósito cada vez me ponen un apósito diferente, pero no, no, no me cura completamente siempre quedo que... como que de 10 de 12 cm, como por 4 o 5 cm. Y eso es lo que no me cierra y el problema entonces es que ya me estoy acostumbrando”***E01-01, 29-33.**

- **Acostumbrándome a la herida**

*“Y eso es lo que no me cierra y el problema entonces es que ya me estoy acostumbrando”***E01-01,32-33.**

- **pensando que lo importante es que sane y la cicatriz solo será el recuerdo**

*“yo con tal de que quede bien, otra vez caminando así me quede la chaguala (cicatriz) de recuerdito en el estómago pero pues ya que hijuemadres seguir la vida como es, no achantarme por nada”***E13-01,120-124.**

- **Teniendo la esperanza que cierre versus dándome cuenta que el médico no puede hacer nada**

“Y como le digo hasta la fecha que voy a cumplir dos años de haber salido y entonces esta cosita que no me cierra. y con el médico yo creo que ya no hay nada que hacer porque me dijo que tocaba abrir nuevamente y que esa operación no era muy fácil que por que tocaba poner una malla especial y todo eso, pero yo no, no, creo que me arriesgue(i) y con la esperanza de que me cierre esto pero nada nada hay está estancada hace meses... hace meses ...Yo todos los días cuando me curo y toda esa cosa me hecho la crema más que todo en esta parte y por esta en el rededor para la piel que está muy frágil muy débil (señala herida mientras realiza descripción) en las partes que estén muy frágil, débil me hecho crema de las manos para que me conserve fresco y aquí en la mitad me hecho este y la otra pero nada que se ve el cambio” **E01-01,167-178.**

- **Olvidando que tengo la herida**

“para mí ya es normal (mirar el abdomen) porque que le digo yo, es la parte donde uno tiene que meterle corazón, porque yo recomiendo, hay mucha gente que dice que tiene una terrible enfermedad, coge y la tiene hay en la frente, nunca se va a superar, toca es

cargarla y seguir adelante, olvídense que tiene algo, yo creo que esa es la principal parte, no sé” E06-01,50-54.

- **Explicando porque los médicos no se atreven a hacer otra cirugía**

“como tengo los músculos lo que llaman las facies hacia los lados, el médico no se atreve hacer ningún tipo de cirugía, debido a que los órganos ya quedaron comprometidos de alguna manera que o han aumentado de tamaño, o ya los órganos ya no caben dentro de la caja torácica porque se reacomodaron de otra manera” E02-01-17-21.

- **Esperando la reconstrucción del abdomen**

“pues me diagnostican que para más o menos un año me están haciendo la reconstrucción de abdomen, me tienen que reconstruir el abdomen, creo yo que me van a colocar una malla, ya me tiemplan la piel otra vez y me ponen esas grapas de una cosedora y ya después es recuperación, pero más o menos un año me están haciendo esa cirugía” e13-01,38-42.

4.6. Categoría: Cambiando la relación con mi pareja

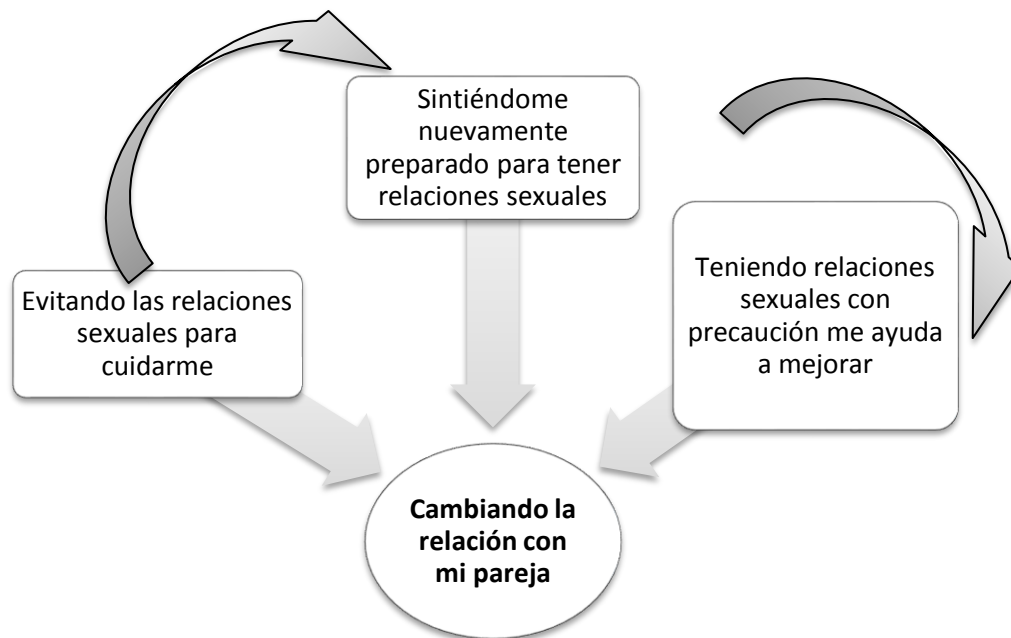
La sexualidad es una preocupación dentro de la vivencia de tener una herida crónica por abdomen abierto. Tanto hombres como mujeres, manifiestan como los cambios corporales y las cicatrices generadas por la cirugía se convierten en un motivo que los desanima a dejar su cuerpo desnudo ante su pareja actual o futura, tener pena y postergar el inicio de las relaciones sexuales, debido a que se sienten poco atractivos. Las mujeres no expresan cambios con respecto a sus órganos sexuales, sin embargo expresan que su deseo sexual disminuye debido a la inseguridad que les produce la reacción que pueda tener su pareja ante su cuerpo.

Los hombres manifiestan la ausencia de erecciones luego de la cirugía, situación que se va resolviendo con el paso del tiempo, sin embargo esta situación los lleva a sentir pérdida de la masculinidad y ver restringida la capacidad de tener relaciones sexuales.

La necesidad de recibir cuidados y superar los obstáculos que se viven a causa de la herida, llevan a la pareja a unirse y tener una mayor comprensión de los cambios, dónde incluso se considera que evitar la relación sexual es una forma de cuidarla.

Luego de vivir juntos esta experiencia y entender la nueva situación, en donde el amor y la comprensión hacen parte de la relación, la pareja da un ambiente de tranquilidad, minimizando los cambios corporales que tiene la persona con abdomen abierto y finalmente logran tener una relación sexual; tomando las debidas precauciones para no realizar ningún movimiento que pueda causar daño y evitar hacer fuerza en el abdomen. Tener nuevamente una relación sexual se considera un progreso y se asocia con la recuperación. Sin embargo hay descontento al sentir que no se cuenta con la misma energía y vitalidad que se tenía antes de la cirugía. Las subcategoría que dieron origen a esta categoría se encuentran en la figura 4-7.

Figura 4-7. Cambiando la relación con mi pareja.



Las subcategorías que formaron este concepto son:

- Evitando las relaciones sexuales para cuidarme
- Sintiéndome nuevamente preparado para tener relaciones sexuales
- Teniendo relaciones sexuales con precaución me ayuda a mejorar

A continuación se describen los códigos que forman el concepto “cambiando la relación con mi pareja”, como se describe en la tabla 4 -6

Tabla 4-6: Cambiando la relación con mi pareja

categoria	subcategoría	Código
Cambiando la relación con mi pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Evitando las relaciones sexuales para cuidarme 	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupándome al no estar preparado para tener relaciones sexuales • Sintiéndome mal al mostrar mi cuerpo • Evitando las relaciones sexuales para cuidarme
	<ul style="list-style-type: none"> • Sintiéndome nuevamente preparado para tener relaciones sexuales 	<ul style="list-style-type: none"> • Sintiéndome nuevamente preparado para tener relaciones sexuales • Dándome cuenta que tener relaciones sexuales es complicado ▪ Teniendo incapacidad en la intimidad.
	<ul style="list-style-type: none"> • Teniendo relaciones sexuales con precaución me ayuda a mejorar 	<ul style="list-style-type: none"> • Teniendo relaciones sexuales sin la misma energía que antes • Sintiéndome sin fuerza y apenado en la sexualidad • Teniendo relaciones sexuales con precaución me ayuda a mejorar. • Uniéndome a mi pareja

4.6.1. Subcategoría: Evitando las relaciones sexuales para cuidarme

La persona luego de sufrir la lesión en el abdomen refieren que aunque la relación con su pareja continua estable y la persona valora el apoyo de su compañero(a) en este proceso, no tienen relaciones sexuales debido a que consideran que es una forma de cuidarse, sin embargo evitar la relación sexual no es porque la persona desea cuidarse, sino que también las evitan debido a que en los primeros meses los hombres no tienen erecciones y aunque las mujeres no describen cambios en sus funciones sexuales, tanto mujeres como hombres refieren sentirse mal al compartir su cuerpo con su pareja debido a los cambios que han tenido en su apariencia física.

A continuación se encuentran algunos códigos que dieron origen a esta subcategoría son:

- **Evitando las relaciones sexuales para cuidarme**

“las relaciones personales, intimas, personales siguen normal, intimas no se puede hacer nada ahorita porque toca cuidarse uno mucho, las relaciones han sido personal normal yo tengo un esposo maravillosa”

E22-01, 419-422.

- **Preocupándome al no estar preparado para tener relaciones sexuales**

“uno de hombre no sé si sea machismo piensa mucho en la intimidad, uno cuando uno está enfermo, en la recuperación es muy progresiva no sé si para muchas personas sean importantes, pero para mí pienso que es una parte muy importante en la relación de pareja, cuando yo me empecé recuperar digamos yo no tenía dos, tres meses digamos uno de hombre por lo general al levantarse por la mañana uno tiene erecciones cuando yo tenía dos, tres meses de recuperación yo no sentía nada, me preocupaba mucho ese tema, será ¿Dios mío qué voy a quedar en este sentido?” E22-01,453-461.

- **Sintiéndome mal al mostrar mi cuerpo**

“si tengo un esposo excelente, él dice que eso, que para lo que él me vio, dice que gracias a Dios, yo estoy viva, más bien él no ve eso, él no se preocupa por eso, lo importante es que yo esté bien, que salí bien, que con esas esperanzas que les daban, no había esperanza de que yo viviera, pero estoy bien, que eso ya es algo, él no le toma importancia al verme así, pero yo si me siento mal” E10-01,72-76.

“pues mi esposa me ha dado mucho apoyo, ha estado conmigo incondicional y es ha sido bonito, porque ella no ha cambiado conmigo por la situación o por el momento que está pasando uno, o por la herida, porque siempre eso es no sé cómo decirlo...algo horrible, o nada agradable que le vean eso a uno, que la persona que está al lado... lo vea esa herida a uno” E15-01, 67-72.

4.6.2. Subcategoría: Sintiéndome nuevamente preparado para tener relaciones sexuales

Las personas se van recuperando a medida que pasa el tiempo, la herida se va cerrando y esto hace que todas las funciones corporales se regulen. Los hombres vuelvan a tener erecciones y tanto hombres como mujeres quieren volver a hacer las cosas que hacían previo a ser sometidos a la cirugía, dónde uno de los aspectos era tener relaciones sexuales, sin embargo luego de intentar tener el acto sexual, la persona refieren que la impresión de generar algún daño y la imposibilidad de realizar todos los movimientos de antes los hacen sentir que la sexualidad es complicada.

Ejemplo de los códigos que dieron origen a esta subcategoría son:

- **Sintiéndome nuevamente preparado para tener relaciones sexuales**

“progresivamente uno se va recuperando, hoy en día las tengo normales, no he tenido relaciones en siete meses digamos, no sé cómo voy a quedar, no se, pero pienso que

estoy normal, como era antes, antiguamente las erecciones son bien, me he recuperado en ese sentido, le perturba a uno mucho la mente, tengo 40 años pienso que es la mejor edad que uno tiene en la vida, donde está en la plenitud y es cuando uno más da en intimidad, de lo que yo he aprendido en la vida” E22-01,461-467.

- **“Dándome cuenta que tener relaciones sexuales es complicado”**

“y yo tenía una vida sexual activa con mi señora, lo normal que uno desarrolla, ya eso empieza que le duele, de que la impresión, de que la vaina es muy complicada” E14-01,51-53.

- **Teniendo incapacidad en la intimidad.**

“molesta la incapacidad de la intimidad, que no se puede agachar uno, que no puede alcanzar las cosas” E05-01,90-91.

4.6.3. Subcategoría: Teniendo relaciones sexuales con precaución me ayuda a mejorar

Las personas poco a poco van superando junto a la compañía de su conyugue el miedo de tener relaciones sexuales, debido a que sienten que cada vez están más recuperados y sienten que incluso es terapéutico. Las relaciones sexuales se comparan con el estado previo a la herida, dónde la energía y la fuerza eran diferentes. La situación va evolucionando hasta que la persona siente que todo se normaliza principalmente porque la relación trasciende de un plano más físico a sentir unión con su pareja.

Ejemplo de los códigos que dieron origen a esta subcategoría son:

- **Teniendo relaciones sexuales con precaución me ayuda a mejorar**

“la conyugue siempre se basa que se tiene que curar uno, entonces lo evitan por la sencilla razón de que sea mal para uno... sí se puede hacer, pero con cuidado y con todo por qué eso es una ayuda entonces prácticamente como una terapia también” E20-01,195-200.

▪ **Teniendo relaciones sexuales sin la misma energía que antes.**

“ya las energías de lo que uno anteriormente lo practicaba mejor, ya no es igual ¿sí?, pero normal, ya se ha hecho normal, ella me ha comprendido la situación, pero no se ha hecho normal, el acto sexual se ha hecho normal, que no puedo si igualmente como se hacía antes, no es igual, porque la situación de que yo no puedo hacer mucha fuerza entonces pero ella me ha ayudado mucho en eso, y lo hemos practicado y lo hemos tenido sin ningún problema, normal. No hemos tenido ninguna situación así de que se me haya terminado a mí, mi felicidad con ella, hemos sido normal, y ella me ha comprendido la situación mía, todo se ha normalizado, ahorita ha sido normalizado para el bien de nosotros la relación entre mi esposa y yo”.E12-01,170-180.

▪ **Sintiéndome sin fuerza y apenado en la sexualidad**

“uno ya no es el mismo o sea pues yo porque yo no soy a ser el mismo empezando físicamente y emocionalmente y en la sexualidad ya no es lo mismo, porque ya uno no tiene las mismas fuerzas, no tiene las mismas ganas y todo cambia en ese sentido... porque pues aunque uno puede tener mucha confianza pero en el estado es difícil sin embargo uno se siente apenado por esa herida tan horrible que he tenido y que aun tengo”E15-01,90-96.

▪ **Uniéndome a mi pareja**

“Con mi esposa ha cambiado que ella está más unida, como más unión entre los dos, no es que ella me mire así como con ganas de dejarme, no ella ahorita es más unida ella me mira como si yo no tuviera ninguna herida, como si yo estuviera bien normal, ella como le digo es una mujer muy buena, yo la quiero mucho, todo porque ella se ha portado muy bien conmigo y no me ha discriminado por mis heridas, ni por como estoy ahora, en este momento”e08-01,43-49.

4.7 Construcción de la categoría central

Para la construcción de la categoría central se tuvieron en cuenta los lineamientos de Corbin y Strauss¹¹⁹ para el desarrollo de la categoría, en torno a una matriz. Se observó

cómo las categorías, cambiaban en el tiempo y no eran estáticas, cambio que se reflejaba con el estado de la herida, y la percepción que la persona tenía de este cambio.

Simultáneamente a la codificación que permitió la descripción de las seis categorías iniciales se llevó a cabo la construcción de la categoría central, la cual es transversal al proceso y tal como lo considera Corbin y Strauss ¹¹⁹ es una idea o concepto con el cual se puede describir de manera abstracta el fenómeno de estudio.

Consolidar el nombre de la categoría central, implicó preguntar a los participantes partiendo de la pregunta ¿cómo sería un título para esta historia?

Entre las respuestas de los participantes se encuentran: “Volver a nacer”, “volver a vivir” y “vivir la segunda oportunidad”.

Se decidió escoger vivir la segunda oportunidad porque reflejaba de mejor forma, el significado que esta vivencia tenía para la persona.

El proceso de articulación de las categorías fruto de las vivencias relatadas por las personas con herida crónica por abdomen abierto, permitió a la investigadora a través de un análisis extenso de los datos comprender como las personas durante la vivencia experimentaban diversas etapas que inicialmente eran críticas, pero poco a poco llegaban a un estado de armonía y tranquilidad, en donde decidían vivir la segunda oportunidad que sentían les había dado la vida y continuar a pesar de tener la herida.

Es así que junto con el insumo que aportaron los participantes, la experiencia personal de la investigadora en el cuidado de las personas con heridas y la experticia de la directora de tesis, se concluyó que la categoría central se denominaría: “ Vivir la segunda oportunidad con una herida en el abdomen, es una forma de entender el proceso doloroso, duro y terrible que viven las personas, pero que finalmente los lleva a vivir una vida plena, a aprender de los errores y vivir cuidándose junto a su familia”.

A continuación se encuentra la matriz en la tabla 4-7 que presenta cómo las categorías (forman las filas) se desarrollan en las cuatro etapas del proceso (columnas), la matriz refleja el proceso de la construcción de la categoría central.

Tabla 4-7 Matriz construcción de la categoría central

PROCESO

		Dándome cuenta que desperté con una herida terrible en el estómago.	Desesperándome al ver como la herida transforma y limita mi vida	• Retomando el control de mi vida	• Viviendo la segunda oportunidad
Significados	Recuperando la vida luego de estar en riesgo de morir	<ul style="list-style-type: none"> • Perdiendo el conocimiento • Estando inconsciente en cuidados intensivos • Perdiendo el control • Despertándome lleno de tubos • Dándome cuenta que pase mucho tiempo dormido. • Viéndome muy mal. • Sintiéndome acompañado por mi familia en la hospitalización • Alardeando que yo era sano. • Creyendo que no era grave. • Siendo operado de urgencias Preparando a mi familia para mi muerte • Perdiendo las esperanzas de vivir • Queriendo morir 	<ul style="list-style-type: none"> • Pidiendo a Dios • Tratando de recordar los primeros días en la unidad de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> • Recuperando las ganas de vivir • Recuperándome • Luchando por vivir • Teniendo ganas de vivir <ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivándome por la familia • Dándome cuenta que Dios existe <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sintiéndome apoyado por mi familia • Creyendo en Dios Reconociendo los errores 	<ul style="list-style-type: none"> • Escuchando que es un milagro que esté vivo • Estando vivo de milagro • Luchando por mi familia • Acordándome de Dios en los momentos difíciles • Pensando en el futuro <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uniéndome a mi familia ▪ Saliendo adelante por mi familia • Aceptando la voluntad de Dios • Viviendo el propósito de Dios • Agradeciendo a Dios • Viviendo la nueva oportunidad que Dios me ha dado • Sobreviviendo a una enfermedad grave. • Dándome cuenta que puedo morir en cualquier momento y debo disfrutar la vida

Significados	<p>Teniendo que curar una herida terrible en el estómago</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Impresionándome por tener el abdomen abierto y necesitando de muchos cuidados <ul style="list-style-type: none"> ▪ Impresionándome cuando desperté y me di cuenta que tenía la herida. ▪ Impresionándome al ver el estómago abierto • Creyendo que mi herida es grande <ul style="list-style-type: none"> ▪ Teniendo escalofrío al ver mi estómago con una bolsa cocida ▪ Necesitando de muchos exámenes ▪ teniendo cirugías ▪ Teniendo varios lavados quirúrgicos durante la hospitalización • 	<ul style="list-style-type: none"> • Saliendo de la hospitalización con el abdomen abierto es complicado <ul style="list-style-type: none"> • viendo mi estómago diferente <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quedando con el estómago terrible ▪ Quedando con la panza fea • Sintiendo tristeza al ver mi estómago • Viéndome sin ombligo • Sintióndome deforme <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estando deforme • Sintiendo rabia al ver las cicatrices y saber que no voy a quedar igual <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conociendo que la piel es frágil. ▪ Incomodándome mientras espero el cierre <ul style="list-style-type: none"> ▪ Teniendo el problema porque la herida no cierra ▪ Desesperándome porque la herida no cierra ▪ Aburriéndome por qué la herida no cierra ▪ Buscando ayuda por todas partes porque estoy cansándome de esperar que la herida cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Cogiendo piel • pensando que lo importante es que sane y la cicatriz solo será el recuerdo <ul style="list-style-type: none"> ▪ teniendo miedo a probar otros tratamientos • Teniendo miedo a intentar nuevos tratamientos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Teniendo la herida medio abierta ▪ Dándome cuenta que el médico o puede hacer nada ▪ Viendo como la herida se cierra y se abre ▪ cansándome de ver como la herida se vuelve a abrir y 	<ul style="list-style-type: none"> • conservando la esperanza del cierre de la herida y continuando con los cuidados <ul style="list-style-type: none"> ▪ siguiendo con las curaciones y acostumbrándome a la herida • Acostumbrándome a la herida <ul style="list-style-type: none"> ▪ Teniendo la esperanza que cierre versus dándome cuenta que el médico no puede hacer nada • Olvidando que tengo la herida <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicando porque los médicos no se atreven a hacer otra cirugía • Esperando la reconstrucción del abdomen •
--------------	--	---	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ llorando al ver que la herida se vuelve a abrir ▪ Cansándome de la herida y de utilizar tratamiento ▪ Cansándome de esperar que la herida cierre ▪ Cansándome de tener curaciones 		
Significados	Viviendo lo duro de tener la herida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durando mucho tiempo sin comer ▪ Teniendo dieta líquida ▪ teniendo que cambiar la forma de comer ▪ Usando la faja por recomendación del equipo de salud ▪ Siendo bañado por las enfermeras ▪ sintiendo pena cuando me cambiaban el pañal ▪ Estando inflamado ▪ Perdiendo peso 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ aislándome por estar oliendo mal ▪ Fastidiándome por el olor de la herida ▪ Escuchando que estoy oliendo maluco ▪ Andando con olor ▪ Drenando y oliendo mal ▪ aislándome por el olor de los parches ▪ Cohibiéndome de algunas comidas ▪ Comiendo poquito ▪ Sintiendo incomodidad por la faja • Sintiendo dolor por la faja ▪ Viviendo siempre fajado ▪ Siendo esclavo del plástico en el baño. ▪ Perdiendo la posibilidad de estar en el agua ▪ Evitando que se moje la herida 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidando la alimentación ▪ Adecuando la faja ▪ Adecuando la forma de bañarme ▪ Recuperando peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Normalizando las comidas • Acostumbrándome a usar la faja y estar apretado

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sintiendo vergüenza al usar pañales ▪ Recibiendo burlas de mis nietos al verme usando pañal ▪ Tratando de no tener visitas por recomendación del médico ▪ Alejándome de la gente para no enfermar ▪ Teniendo miedo que alguien se me acerque y por accidente me dañe la piel ▪ Teniendo que estar encerrada hasta que no me sane la herida ▪ Fastidiándome porque la herida no duele y es peligroso un accidente. ▪ Viéndome delgado ▪ Sintiéndome flaquito 		
Significados	necesitan do de la ayuda de otro	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dejando que otros hagan todo por mí. ▪ Dejando que me hicieran todo en cuidados intensivos ▪ Sintiendo pena al tener que recibir todos los cuidados ▪ Sintiendo la falta de energía: 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sintiéndome inútil al recibir tantos cuidados ▪ Fastidiándome con tantos cuidados ▪ Sintiéndome sofocado con tantos cuidados ▪ Los demás me hacen sentir inútil ▪ Preocupando a la familia ▪ Sufriendo en familia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Haciendo mis cosas solo ▪ Colaborando con las labores de la casa Cansando a la familia ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ volviendo a hacer mis cosas solo ▪ Teniendo la capacidad para hacer las cosas

	<ul style="list-style-type: none">▪ Dejando que otros hagan todo por mi▪ Sintiendo dolor por el cuidado de otros	<ul style="list-style-type: none">▪ Incomodando a la familia		
Aprendiendo a movilizarme hasta lograr recuperar la independencia.	<ul style="list-style-type: none">▪ Pensando que estaba parapléjico Sintiéndome impactado al no poder moverme.▪ Guardando quietud por el dolor▪ Trasladándome en silla de ruedas▪ Estando acostado Aprendiendo a caminar▪ Perdiendo la independencia porque no puedo hacer fuerza en el abdomen	<ul style="list-style-type: none">▪ Dándome cuenta que no me puedo movilizar para hacer muchas cosas▪ Haciendo las cosas con dificultad▪ Perdiendo la posibilidad de agacharme▪ Perdiendo la posibilidad de hacer deporte▪ Limitando el movimiento por temor a que se abra la herida▪ Limitando el ejercicio porque no puedo hacer fuerza en el abdomen▪ Dándome cuenta que ahora no puedo hacer▪ Sintiéndome amarrado▪ Limitando el movimiento previniendo que se abra la herida▪ Teniendo prohibido el transporte público para prevenir un golpe▪ Quedándome en casa▪ Teniendo miedo de montarme en bus por miedo a que me lastimen el abdomen.▪ Andando acompañado.	<ul style="list-style-type: none">• Revelándome y evitando la quietud• Dándome cuenta que siempre era activo• Dándome cuenta que puedo caminar• Intentando usar el transporte público• Sintiéndome recuperado al utilizar el transporte público	<ul style="list-style-type: none">• Logrando independencia usando el transporte masivo y caminando solo• Normalizándose y aceptando algunas limitaciones

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transportándome en carro o en taxi 		
Significados	Cambiando la relación con mi pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupándome al no tener erecciones 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teniendo incapacidad en la intimidad. ▪ Sintiéndome mal al mostrar mi cuerpo ▪ Evitando las relaciones sexuales para cuidarme 	<ul style="list-style-type: none"> -Dándome cuenta que tener relaciones sexuales es complicado -Teniendo nuevamente erecciones -Teniendo relaciones sexuales sin la misma energía que antes -Sintiéndome sin fuerza y apenado en la sexualidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teniendo relaciones sexuales con precaución me ayuda a mejorar ▪ Uniéndome a mi pareja

4.8. Presentación del Planteamiento teórico

Teorizar es desarrollar y manipular los datos constantemente con esquemas teóricos maleables hasta desarrollar “el mejor”¹³⁵. La teoría no se adquiere de forma pasiva sino por medio de un proceso activo, continuo y riguroso, observando los datos como un rompecabezas de tamaño real: un rompecabezas que es vivir con una herida crónica por abdomen abierto.

A continuación se presenta el resultado final del esquema teórico del proceso que vive la persona al tener una herida crónica por abdomen abierto, el cual plasma la comprensión de esta vivencia, que se fundamenta en la construcción de la categoría central denominada “Vivir la segunda oportunidad con una herida en el abdomen: luchando por recuperar la independencia y el control de la vida”, la cual resulta de la síntesis de seis categorías llamadas: recuperando la vida luego de estar en riesgo de morir, aprendiendo a movilizarme hasta lograr recuperar la independencia, necesitando de la ayuda de otros, viviendo lo duro de tener la herida, teniendo que curar una herida terrible en el estómago y cambiando la relación con mi pareja.

Dentro de la articulación de las categorías se encontró un proceso común que iniciaba con los acontecimientos que condujeron a que se dejara a la persona con el abdomen abierto, hasta lograr recuperar la independencia y las ganas de vivir, las cuales parecían casi perdidas en medio de lo agobiante que resulta cuidar la herida, ser cuidado y depender de otros para casi todas las actividades de la vida diaria.

Estar en riesgo de morir durante la cirugía y el periodo postoperatorio, lleva a la persona a sentir que estar actualmente vivo, es una nueva oportunidad, donde a pesar de todas las situaciones duras que ha pasado para cuidar su cuerpo y la lucha constante para volver a tomar el control de la vida, recuperar la posibilidad de moverse solo, sentirse libre y con la confianza de compartir con otros, que vale la pena estar vivo. La confianza en Dios y el apoyo de su familia, son las motivaciones que lo animan a salir adelante.

El nombre de la categoría central surgió luego de comprender como los participantes recordaban que era casi un milagro que estuvieran vivos, que el riesgo de haber muerto había sido muy alto y que estar con vida se convertía en una *segunda oportunidad* que les

había sido otorgada . En donde habían vuelto a nacer, pero este despertar después de haber estado inconscientes requería de un gran esfuerzo y lucha personal, pues el cuerpo al que estaban acostumbrados no respondía como antes, se había desacondicionado y requería de muchos cuidados, tenía que volver a aprender cosas que parecían tan fáciles como caminar y movilizarse solo.

Recuperar las ganas de vivir y *luchar por recuperar* la vida fueron los términos que mejor reflejaron el significado que tenía para las personas vivir esta experiencia.

El proceso es dinámico y flexible, refleja el crecimiento que han tenido las personas al vivir esta experiencia, al encontrar un sentido para vivir y no desaprovechar la segunda oportunidad que la vida les ha dado, donde buscan corregir los errores del pasado y disfrutar la vida. Porque aunque ellos creían que tenían el control de su vida, por ser adultos y autónomos, pasan por una experiencia que les demuestra que la línea que separa la vida y la muerte es muy pequeña y en cualquier momento se puede romper. Así que se debe luchar por volver a recuperar la vida, pero siendo personas mejores, porque si han sobrevivido a esta situación de salud tan compleja es por algo y pueden a pesar de la vulnerabilidad de tener una herida en el abdomen salir adelante.

Llegar a este resultado requirió de un proceso de especulación y conjetura, de equivocación, rectificación y verificación, de selección, revisión y descarte, donde se revela lo obvio, lo implícito, lo no reconocido y lo desconocido¹³⁵. Así que es importante observar que además de la matriz que se mostró antes (Tabla 4), una herramienta que ayudó en este proceso fue el uso de diagramas, tácticas que permitieron dibujar la relación entre conceptos y la historia descriptiva¹¹⁹ de lo que sucede mientras se vive con una herida en el abdomen.

En este proceso se describen cuatro etapas las cuales encierran los significados de vivir con una herida en el abdomen, de forma evolutiva en el tiempo, las cuales se denominan:

1. I Etapa: Dándome cuenta que desperté con una herida terrible en el estómago.
2. II Etapa: Desesperándome al ver como la herida transforma y limita mi vida.
3. III Etapa: retomando el control de mi vida.
4. IV etapa: Viviendo la segunda oportunidad.

En el diagrama (ver figura 4-8) se observa como todo el esquema tiene como base las cuatro etapas del proceso, las cuales están divididas con líneas discontinuadas que reflejan la flexibilidad de cada una de ellas y los límites frágiles que dividen una etapa de la otra, la base tiene además dos líneas transversales que están presentes siempre en este proceso como lo son: la familia y la creencia en Dios, los cuales permiten soportar la dureza de esta vivencia.

En la parte superior se encuentra la gráfica de cuatro óvalos que representan los diferentes tamaños que tiene la herida a lo largo del proceso. El tamaño de la herida y el control que se tiene de ella, es importante para determinar el paso de una etapa a la otra y aunque disminuye de tamaño, persiste en el tiempo, cambiando de color rojo brillante a rosa claro. Representando dos sucesos: En el primero, el tejido de epitelización que se va formando y en el segundo, el valor que la herida va teniendo para la persona.

En el centro se encuentra una línea quebrada que desciende rápida y tortuosamente virando de color verde hasta llegar al punto más bajo con un color rojo, este descenso y cambio de color reflejan cómo se pierde el control que se tiene de la vida (línea color verde) y se llega a un estado de vulnerabilidad y dependencia (color rojo), que inicialmente se mantiene en el tiempo, debido al periodo de inconsciencia producto de la sedación y que luego fluctúa debido a lo complicado que es despertar y permanecer con la herida en el abdomen.

La línea tiene varias oscilaciones que expresan los momentos buenos y malos que se viven en cada etapa, estas oscilaciones reflejan esas pequeñas historias de batallas ganadas y perdidas que significa aprender a vivir con una herida en el abdomen. Hasta lograr nuevamente tener el control y la independencia (línea en ascenso que vira de color rojo a verde en la etapa III y es completamente verde en la etapa IV).

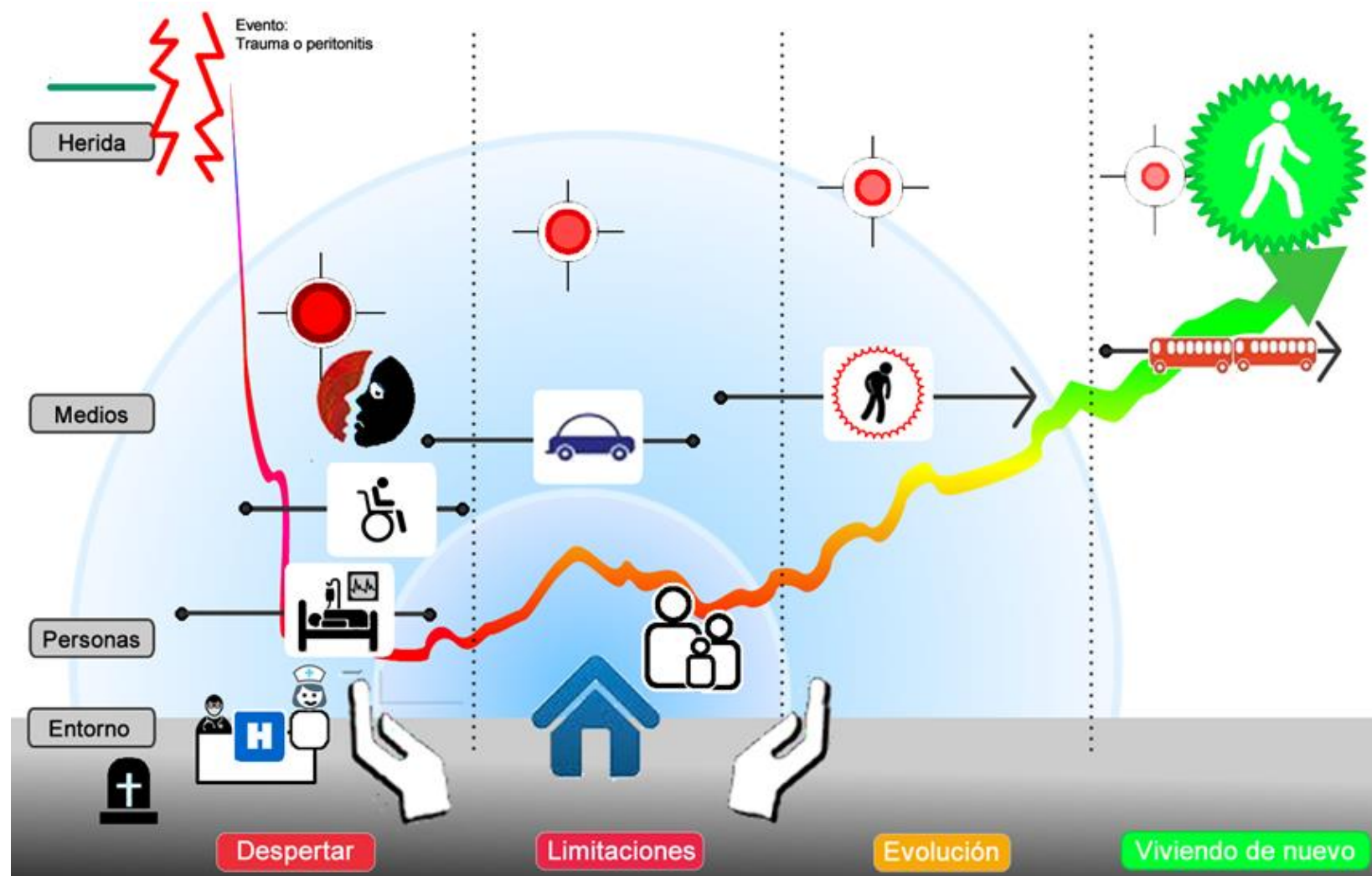
A lo largo de la línea se observan algunos dibujos que representan los cambios más notorios con relación a la movilidad, los cuales fueron determinantes para la realización del análisis y que permitieron indicar un punto de referencia de cambio de una etapa a la otra. En la primera etapa se encuentra la persona en cama, que luego inicia su proceso de movilizarse en silla de ruedas hasta que aprende a caminar. En la segunda etapa ya en casa, prefiere mantenerse quieto, sus piernas aun no son muy firmes, así que siempre

camina en compañía de otra persona, pues tiene miedo de que sus piernas le fallen y pueda caer teniendo riesgo de que la herida se abra y si sale fuera de casa siempre lo hace en carro particular o taxi.

El paso a la etapa tres se marca porque la persona se arriesga a caminar sola y además decide intentar subirse al transporte público, venciendo los temores de estar en contacto con los demás que le puedan hacer daño, hasta que en la etapa cuatro decide transportarse en el sistema de transporte masivo disponible en Bogotá, el cual se caracteriza por la congestión y gran afluencia de usuarios lo cual hace que la cercanía y roce entre las personas sea casi imposible de evitar, haciendo que las personas tengan que compartir la cercanía con otros y vencer muchos temores, que tienen un significado más profundo que lo que a simple vista se ve, todo guiado por las ganas de recuperar la independencia a pesar de tener que cuidar una herida terrible en el abdomen.

La dureza de la experiencia y su significado lleva al mismo investigador a cuestionarse para lograr entender porque cada paso, cada situación donde se ve la herida y se interpreta su presencia cada día, es una lucha por vencer los miedos a que la herida se abra y tratar de recuperar el control que se tenía.

Figura 4-8: Diagrama esquema teórico "Vivir la segunda oportunidad con una herida en el abdomen: luchando por recuperar la independencia y el control de la vida"



A continuación, se hace una descripción la vivencia de tener una herida crónica por abdomen abierto.

4.8.1. Vivir la segunda oportunidad con una herida en el abdomen: luchando por recuperar la independencia y el control de la vida.

- **I Etapa: Dándome cuenta que desperté con una herida terrible en el estómago.**

La persona de manera intempestiva sufre una situación de salud, la cual requiere que sea operada de urgencias y debido al complicado estado que presenta es dejada con el abdomen abierto, requiriendo de varias cirugías y soportes por lo cual es hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo (UCI) y permanece inconsciente por varias semanas.

Durante el tiempo de estancia en la UCI, la familia de la persona enferma sufre al ser informada por los médicos del riesgo casi inminentes de que su familiar muera, pues su estado de salud es muy crítico y las probabilidades que sobreviva son muy bajas, durante este periodo la persona no es consciente y permanece bajo el cuidado de las enfermeras.

A pesar de los pronósticos, la persona luego de permanecer por casi un mes inconsciente va despertando, mientras lo hace experimenta una serie de alucinaciones, en las cuales sufre al sentir que sus familiares, los médicos y las enfermeras le hacen daño e incluso le causan heridas.

La persona finalmente despierta y es completamente consciente, es allí cuando ve por primera vez la herida y se siente impresionada al ver en su abdomen una herida abierta, de dimensiones grandes que ni siquiera se imaginaba que pudieran existir. Además también le causa gran impacto, la persona permanece mucho tiempo en cama, tiene temor de lastimarse o abrir más la herida; por lo cual sigue todas las recomendaciones dadas por el personal de salud. Sin embargo no poder moverse, estar inflamado y requerir de la ayuda de otros para hacer todas las actividades. Se da cuenta de la difícil situación que enfrenta y en donde todo parece estar en su contra, lo cerca que estuvo de morir y empieza a dimensionar lo que le sucedió.

En esta primera etapa esta situación es penosa, pues nunca imaginó que debería volver a usar pañal, ser bañado por otro y requerir de tantos cuidados, lo que lo hace pensar que su situación es igual a estar parapléjico. Esto lo lleva a confrontar su vida pues antes de las cirugías se consideraba muy fuerte y saludable, incluso alardeaba de su buen estado de salud y cuestionaba a los que se enfermaban o utilizaban con frecuencia los servicios de salud.

La persona poco a poco empieza a estabilizarse y no requiere de la UCI, pero permanece hospitalizada unos días más. Puede volver a compartir con su familia y les indaga sobre lo que sucedió mientras estaba inconsciente, se da cuenta de todas las cosas que le han sucedido y se siente incapaz de hacer frente a esta nueva situación; piensa que hubiese sido mejor morir antes de tener que vivir estas circunstancias. Sin embargo siente la compañía de su familia, así que pide mucho a Dios para salir de este ambiente y regresar nuevamente a casa.

Es así que durante la hospitalización la persona luego de pensar casi en morir, retoma fuerzas y decide hacer todo para volver a casa. Comienza por moverse nuevamente, inicialmente lo hace en silla de ruedas hasta que logra mover sus piernas y aprende de nuevo a caminar, pero sin la misma firmeza de antes. También nota como su cuerpo ha perdido peso y no tiene la misma energía. Otro logro en este proceso es volver a ingerir alimentos en su mayoría líquidos, lo cual considera importante ya que pasó mucho tiempo sin comer.

Finalmente su estado de salud mejora de manera considerable, tanto que es informada que pronto va a ser dada de alta y va a poder regresar a casa, situación que es muy alentadora pues en el hogar siente que va a estar mejor y no tendrá que soportar más el dolor que generan algunas actividades de cuidado, como las punciones para toma de exámenes y las cirugías. Sin embargo, la felicidad de volver a la casa trae un tinte amargo y es saber que la herida no ha cerrado completamente, así que debe irse para la casa con

la herida abierta hasta fascia pues va a requerir un cierre por segunda intención² y por ende un tiempo prolongado de cicatrización. Pero permanecer internado por más tiempo, lo pondría en riesgo de tener una infección por un microorganismo adquirido en el ambiente hospitalario.

▪ **II etapa: Desesperándome al ver como la herida transforma y limita mi vida.**

La persona regresa a casa con la herida abdominal abierta hasta fascia, la motivación inicial que lo llevo a luchar para salir de la hospitalización se va desvaneciendo, ya que es en la tranquilidad del hogar cuando la persona comprende los cambios que tiene su cuerpo y las limitaciones que la herida trae para su vida.

Estar en la casa es contrastar su anterior forma de vida, con la realidad de vivir con la herida abierta, allí la persona se da cuenta que la herida genera limitaciones, que son muy duras y hacen que su vida cambie.

En casa y mientras asiste a las curaciones la persona puede ver su herida y siente que su abdomen está quedando terrible, tiene sentimientos de rabia y tristeza al ver su cuerpo. Considera que son muchos los cambios y que está deforme, pues tiene una herida abierta, no tiene ombligo y las cicatrices que se van formando, le recuerdan que nunca más el estómago va a ser igual. Debido a estos cambios se siente mal al mostrar su cuerpo, pues sentirse feo lo lleva a evitar tener algún contacto con su pareja y además considera que evitar las relaciones sexuales es una forma de cuidarse.

Además de los cambios en el cuerpo, hay otras situaciones que hacen que los primeros días en casa sean incómodos, la herida drena constantemente y al estar en contacto con el material de curación huele mal, tanto que la persona prefiere alejarse de los demás por

² Cicatrización por segunda intención: Cuando la herida no cicatriza por unión primaria, se lleva a cabo un proceso de cicatrización más complicado y prolongado. La cicatrización por segunda intención es causada por infección, trauma excesivo, pérdida o aproximación imprecisa del tejido.

En este caso, la herida puede dejarse abierta para permitir que cicatrice desde las capas profundas hacia la superficie exterior. Se forma tejido de granulación que contiene miofibroblastos y cierra por contracción. El proceso de cicatrización es lento y habitualmente se forma tejido de granulación y cicatriz. Como resultado, puede ser necesario que el cirujano trate el excesivo tejido de granulación que puede protruir por el margen de la herida y evitar epitelización. Fundación Jordi mas-Resar 2008. Ethicon Wound Closure Manual, disponible en: http://web.intercom.es/jorgemas/Libro_Sutura.pdf. consulta el 23/07/2013

temor a que perciban su mal olor. Esta situación fastidia y hace que la persona se aislé, pues no quiere incomodar a la familia y prefiere evitar las visitas, pues no quiere que la gente perciba su olor, tiene miedo de que los demás se acerquen y por accidente dañen la piel que está creciendo, también cree que es bueno alejarse de la gente para evitar el contagio de cualquier enfermedad.

Es así que la persona permanece sin realizar ninguna actividad la mayor parte del tiempo, pues se da cuenta que no se puede movilizar para hacer muchas cosas, ha perdido la posibilidad de agacharse y hacer deporte y prefiere limitar el movimiento por temor a que la herida se abra. Para lograr la quietud permanece en casa todo el tiempo y sale sólo para asistir a las curaciones y citas médicas.

Cuando tiene que salir de casa siempre anda acompañado y se moviliza en carro particular o taxi, creyendo que tiene prohibido subir al transporte público, pues allí tendría contacto con la gente, tiene miedo de acercarse a otros y recibir un golpe de manera accidental. Sin embargo esta situación hace que la persona se sienta amarrada y piense que ha perdido todo lo que había logrado en su vida, pues no solo se siente inconforme con su cuerpo, sino que también es incapaz de tener el control para moverse sola.

Salir de la hospitalización con el abdomen abierto es complicado, porque la persona debe seguir una rutina de cuidados muy agotadora, que hasta el momento había asumido el equipo de enfermería y es inminente que algún familiar ayude en esta tarea, ya que se deben realizar tareas estrictas como lo son: evitar que el material de curación se moje durante el baño, impedir que la persona haga fuerza en el abdomen por el riesgo de que la herida se abra, proveer una dieta estricta que le permita recuperar a la persona el peso que perdió durante la hospitalización y acompañar en todo momento.

A nivel familiar es difícil inicialmente acoplarse para asumir las tareas de cuidado, pues tener una persona con una herida abierta en casa se considera una tarea difícil. Así que la familia trata de acompañar este proceso y evitar que la persona enferma ejecute cualquier actividad, para ello desarrolla las siguientes estrategias:

- Modifican los hábitos y rutinas familiares para acompañar a la persona siempre y no dejarla salir sola de casa.

- Evitan que la persona realice cualquier actividad, así sea una tarea sencilla.
- Una persona de la familia asume el cuidado directo, principalmente la esposa/esposo, hija o madre y acompaña en las actividades de alimentación, aseo, baño, realización de curaciones, entre otras.

Sin embargo, la persona comienza a sentir que los demás le proporcionan demasiados cuidados, tanto que no le dejan hacer nada y la hacen sentir inútil. En ocasiones, son tantos los cuidados y las restricciones que interpone la familia que la persona se siente aburrida y fastidiada, pues siente que su condición de salud ha mejorado y tiene la capacidad de realizar algunas tareas sin problema, sin embargo no se le permite hacerlo.

La persona sigue con todo el tratamiento para cerrar la herida, pero la herida continua abierta, así que la persona se pregunta qué otras cosas puede hacer para que la cicatrización sea completa, pues siente que su familia ya se ha preocupado bastante por cuidarla y aunque no se lo expresa puede sentirse cansada, así que en medio de la desesperación que siente al ver su cuerpo transformado y ver que el tratamiento no resulta efectivo, indaga y busca explicaciones sobre porqué la herida no cierra, así como investiga que alternativas de tratamiento tiene disponibles para que la herida cierre. Incluso llega a dudar de los procedimientos que se le han hecho para el cierre de la herida, pues no ve que hayan surtido efecto.

▪ **III Etapa: retomando el control de mi vida.**

La persona luego de sentir que los médicos por el momento no pueden hacer nada más por cerrar la herida y sólo con su propio esfuerzo logrará recuperar su vida y dejará de depender de los demás, decide buscar la forma de recuperar el control, motivada por varias razones, entre las que se encuentran:

- La herida va disminuyendo de tamaño y con la reducción va mermando el drenaje, el olor y las molestias relacionadas.
- La persona tiene fe en Dios y cree que va a continuar recuperándose como lo ha hecho hasta ahora, pues siente que Dios existe y gracias a él ha recuperado peso, se siente mejor y sobre todo tiene nuevamente ganas de vivir.

- La persona siente el apoyo de su familia, para ellos lo más importante es que la persona esté viva, así que lo alienta a continuar en este proceso.
- La persona reflexiona sobre su pasado, reconoce los errores que ha cometido, las posibilidades actuales y lo que puede hacer, así que se da cuenta que siempre fue una persona muy activa, y que aunque ahora tiene algunas limitaciones, ahí actividades que si puede hacer.

Con la energía que obtiene al sentir nuevamente ganas de vivir, lucha por retomar el control de su vida y lo primero que hace es, probar qué actividades puede realizar sin ayuda, para ello minimiza el apoyo que brindan los demás, hasta lograr hacer las cosas por sí mismo; consiguiendo bañarse sola sin mojar los apósitos de curación que están adheridos al abdomen, cuidarse en la alimentación y movilizarse sin ayuda usando la faja.

Reafirma que hay muchas cosas que no puede hacer, pero amplía el panorama hasta ver que también hay actividades que puede realizar sin ayuda, como caminar. Así que busca la forma de poder desplazarse a diferentes lugares caminando sola y dejando de estar acompañada todo el tiempo. Volver a caminar sola es un paso grande que marca el inicio para recuperar el control de la vida, pues junto con volver a caminar también la persona va adecuando formas para hacer sus cosas solo, dejando atrás la sensación de sentirse sofocado con los cuidados e incluso colaborando en labores propias de la casa.

Caminar se convierte en una forma de salir del aburrimiento, de ver como la herida se cierra un poco y se vuelve a abrir, además permite a la persona sentirse recuperada; tanto que planea diariamente rutinas de caminatas cercanas a la casa, que poco a poco van aumentando en tiempo y distancia, hasta que se siente tan recuperada que intenta usar el transporte público para no depender de sus familiares, cuando asiste a las curaciones. Emplear el transporte público es una tarea que requiere vencer muchos temores, por considerarse un medio hostil que puede generar lesión, pero también es económico y sus usuarios generalmente no están enfermos. Situación que alienta aún más a la persona a utilizarlo, pues se siente recuperada al usarlo y contribuye a la economía familiar.

La persona piensa que lo importante es que la herida sane, pues ve que se va formando piel y considera que la cicatriz, solo es el recuerdo. Sin embargo, continua con la herida medio abierta, siente que su cuerpo se ha ido recuperado porque retoma el interés en la sexualidad, aunque se sienten apenados al mostrar el cuerpo a sus parejas. Las mujeres superan su percepción de deterioro corporal y los hombres vuelven a tener erecciones, situación que les tranquiliza pues creían que nunca más las volverían a tener. La persona con herida en el abdomen vuelve a tener relaciones sexuales, gracias a la comprensión y unión que tiene con su pareja, pero se da cuenta que es complicado, pues tienen que tener muchas precauciones para evitar dañar la herida y no se siente con la misma energía que tenía antes de la cirugía. Es así, como expresan que el cuerpo tiene cambios que no le permiten volver a sentirse igual a pesar de la comprensión de su pareja.

▪ IV etapa: Viviendo la segunda oportunidad

La persona va asumiendo todos los cuidados que debe tener con la herida, usa siempre la faja, tanto que cuando no la usa le hace falta, tiene precaución al moverse, asume los cambios en las comidas hasta sentir que su alimentación se normaliza, continua con las curaciones y aprende a realizarlas en casa, ya sea por sí mismo o un familiar que se ha vuelto un experto. La persona también aprende a manejar el drenaje, que aunque disminuye, sigue existiendo, así como casi logra evitar el mal olor en la herida. Vuelve los cuidados parte de su vida y se acostumbra a realizarlos siempre.

Cuando debe salir de casa para asistir a alguna cita o para que le realicen la curación, la persona da dos pasos muy importantes que muestran la forma en que ha recuperado la independencia: asiste solo a la consulta y toma bus del sistema público de transporte para desplazarse.

Estos dos pasos se convierten en una forma de recuperar la independencia, pues en esta etapa la persona ha tomado tanta confianza con la caminata y ha vencido los temores de estar en contacto con la gente, incluso se moviliza en el sistema de transporte masivo de la ciudad y en caso de tener un automóvil decide volver a conducir, pues se siente muy recuperado, tanto que vuelve a su trabajo y lo realiza sin hacer fuerza o actividad física.

Desplazarse en buses y volver a trabajar es una victoria en el proceso de recuperar el control de la vida, y una señal de haber ganado confianza en sí mismo y en lo que se puede hacer solo, así como vencer el temor a estar cerca de los demás y tener miedo a que le hagan daño en la herida.

No obstante a pesar de los logros, la persona sabe que su cuerpo ahora no es el mismo de antes, la herida continua abierta y el cierre parcial que ha tenido forma un tejido que es frágil y debe seguir cuidándose, pues aunque tenga relaciones sexuales, estas deben realizarse con precaución. Siempre recuerda que debido a la herida no puede hacer fuerza, no puede agacharse, no puede practicar deportes, ni participar en juegos que impliquen contacto físico porque puede lesionar el abdomen. Sin embargo también sabe que gracias a esta situación logró unirse a su pareja tanto sexual como espiritualmente.

La persona sabe que no debe dejarse vencer a pesar de los obstáculos que tiene en la movilidad, así que refuerza las actividades que realiza en el hogar y siente que debido a la herida ha tenido la oportunidad de aprender de sus errores. Compartir más con su familia, unirse a su pareja y ha dejado de trabajar todo el tiempo, consumir bebidas alcohólicas o hacer algunas actividades que lo alejan de personas que ahora se ha dado cuenta que lo apoyan.

La persona agradece a Dios la nueva oportunidad de vida que tiene, pues sabe que sobrevivió a una enfermedad grave y gracias a este evento pudo unirse a su familia y ha logrado salir adelante, mira hacia el pasado y ve todas las adversidades que ha superado y nota como a pesar de que continua con algunas limitaciones, esto no le impide compartir con su familia y disfrutar la vida. Siente que debe cumplir un propósito en la vida y conservar la esperanza de que la herida cierre, pues así como hasta ahora ha superado cosas complejas, confía en que lo seguirá haciendo cada día.

La persona al ver su cuerpo, siente que los cambios que ha tenido son solo el recuerdo de lo cerca que estuvo de morir. Esta nueva oportunidad le ha permitido corregir los errores del pasado, dejar de lado la vanidad y aprender a disfrutar la vida. Comprender que la línea que separa la vida y la muerte es muy frágil y en cualquier momento se puede romper. Había estado tan ocupado antes de la cirugía en cosas que ahora no considera relevantes, se había olvidado de disfrutar lo simple comprendiendo mejor el sentido de vivir.

A pesar de continuar con las curaciones, la persona conserva la esperanza de que su herida cierre, que su ombligo vuelva a estar en su lugar y que los médicos se atrevan a realizar otra cirugía que permita la reconstrucción del abdomen. Sin embargo, es consciente de que su caso es un desafío para los médicos y que hay muchos riesgos para volverlo a operar, siente miedo de ir de nuevamente a cirugía y retroceder en su búsqueda de la independencia.

Solo a través de la fe y la esperanza en el cierre completo de la herida puede aceptar una nueva cirugía para tratar de recuperar lo que se ha perdido, aunque esto a su vez lo lleva a necesitar nuevamente depender de los demás, pero confía que el nuevo camino de vuelta a la independencia será más fácil,” pues ya lo recorrió una vez “

4.8.2. Primeras aplicación de la teoría “Vivir la segunda oportunidad con una herida en el abdomen: luchando por recuperar la independencia y el control de la vida”

A continuación se realizan algunas recomendaciones para los cuidados realizados a las personas con abdomen abierto, durante la construcción de esta investigación.

Durante la estancia en la Unidad de Cuidados intensivos, que comprende la etapa inicial denominada: “Dándome cuenta que desperté con una herida terrible en el estómago”, se recomienda:

Enfatizar en el momento que por primera vez va a ver la herida, ya que fue denominado por los participantes como impresionante, debe ser considerado un momento especial, realizando el acompañamiento para permitir que el impacto inicial se minimice y la persona de manera informada se prepare para este momento evitando que de manera espontánea

vea la herida. Se recomienda que la persona tenga la oportunidad de ser informada previamente sobre lo que le sucedió, las dimensiones de la herida, permitir la expresión de sentimientos y realizar el acompañamiento psicológico durante todo este proceso.

El acompañamiento familiar, el apoyo espiritual y las motivaciones en torno al sentido de la vida, fueron señalados por los participantes como la forma en que logran superar las primeras etapas de vulnerabilidad, por lo tanto es importante buscar estrategias que permitan fortalecer estos aspectos a través del acompañamiento constante, las visitas de personas significativas diferentes a la familia.

Debido a que la persona se encuentra inconsciente en parte de la primera etapa, es fundamental hacer un acompañamiento a la familia, estableciendo canales efectivos de comunicación que permitan explicar el estado de salud de la persona enferma, los posibles efectos que la sedación pueden generar en la persona, alucinaciones e incoherencias en el lenguaje. Es importante valorar y tratar de manera farmacológica y no farmacológica, las alucinaciones que se asocian con delirium.^{150, 151}.

Cuando la persona recupera la conciencia, es importante informar sobre lo que sucedió mientras estaba sedado y advertir que debido a que permaneció por varios días sin movilizarse, los músculos han perdido el tono y poco a poco irá recuperando la movilidad. Es importante explicar a la persona este suceso y acompañar el proceso con terapia física, debido a que el acondicionamiento físico es fundamental para recuperar la independencia, es prioritario informar a la persona que no puede moverse por sí sola y que tendrá el apoyo de un profesional experto para volver a caminar.

Con relación a la movilidad es importante la educación con respecto a los movimientos que se pueden realizar y los que se deben restringir, para evitar aumentar la presión intra abdominal, así como la forma de adecuar la faja para que su uso sea menos molesto. Los participantes informaban cómo evitar el contacto directo de la faja contra la piel, usando como protección una camiseta de algodón, disminuía las molestias y permitía adecuarse a la faja más fácilmente.

El manejo de la herida es prioritario, sin embargo lo más importante según señalaban los participantes era lograr un control del exudado y con él evitar el olor, por lo tanto se sugiere

enseñar la forma de realizar en casa el cambio de apósito secundario, que permita eliminar a necesidad el material que se encuentre saturado con exudado, sin interferir en el proceso de cicatrización, debido a que el apósito primario (en contacto directo con la herida) continuaría desarrollando su acción.

Explicar los cambios en la forma de alimentación relacionados con el uso de la faja y la disminución de la capacidad gástrica para recibir los alimentos, lo cual se asocia con una rápida sensación de plenitud estomacal. Es necesario brindar dietas acordes con cada caso individual, pero que promueva el consumo alimentos ricos en proteína, zinc y vitamina C, necesarios para el crecimiento de los tejidos, en los casos en que sea necesario, es importante incluir los complementos nutricionales.

Con relación al aseo diario es indispensable empoderar a la persona sobre la forma en que puede evitar mojar el vendaje. Es decir, usando plásticos alrededor del abdomen y bañándose de manera fraccionada con regadera de mano.

Con relación a los cambios corporales, se observó que los participantes se impresionaban al ver por vez primera la herida. Por ello, se recomienda realizar un acompañamiento al observar la herida. Se considera clave el momento de realizar la curación debido a que es allí donde la persona tendrá la oportunidad de observar los cambios que va teniendo su cuerpo.

Aunque el cierre de la herida se va dando, este proceso no es lineal, sino que presenta retrocesos, que pueden llevar a la persona a periodos de desesperación, por lo tanto el acompañamiento y claridad de este proceso de cicatrización es importante para que la persona esté preparada a estas condiciones.

Incluir a la familia en los cuidados intrahospitalarios es prioritario, ya que la educación y retroalimentación a nivel institucional, permitirá a la persona conocer cuáles serán los cuidados que podrá desarrollar en casa. La educación intrahospitalaria debe incluir cuidados en apoyo para permitir recuperar la independencia, a través de cuidados en la movilización, movilidad, uso de faja, cuidados de la herida.

Es importante no infundir miedos en la persona, debido a que un participante decía “*cuando Salí de la hospitalización, lo único claro que tenía era que debía evitar que la herida se abriera*”, sin embargo no sabe cómo hacerlo, por ello es importante explicar la forma en que la persona debe movilizarse para levantarse de la cama, desplazarse, recoger objetos del piso, flexionando las piernas evitando doblarse y evitar aumentar la presión intra abdominal.

Es importante realizar el acompañamiento profesional a la persona y su familia durante el proceso que se vive en casa, con el objetivo de apoyar el proceso que vive la persona en retomar el control, lograr la independencia y vivir la segunda oportunidad que tiene.

4.9. Contraste con la literatura

En esta investigación se ha descrito como vivir con el abdomen abierto significa tener una segunda oportunidad, dónde la lucha por recuperar la independencia y el control de la vida se convierten en el motor ante la adversidad. A continuación se realiza un contraste con la literatura, teniendo en cuenta que las categorías, subcategorías y códigos hacen parte de todo un proceso de interpretación y construcción teórica, el cual debe verse de manera global y está enfocado en describir las experiencias y el significado que tiene para la persona esta vivencia.

La vivencia de tener una herida crónica por abdomen abierto inicia con una situación específica como es la intervención quirúrgica que deja como resultado el abdomen abierto, el impacto agudo de una lesión en general es bien documentado. Según la literatura hay una fuerte disminución de la calidad de vida después de sufrir un trauma o lesión, con una recuperación que tarda cerca de un año como mínimo para volver a la línea de base^{152, 153, 154}. Zarzaur y colaboradores¹⁵⁵, refieren que a menudo después del primer año de haber ocurrido la lesión, en pacientes que han tenido reconstrucción abdominal la calidad de vida y la capacidad funcional, vuelven a estar cercanas al momento previo de sufrir la lesión. Estos resultados también refieren que los pacientes con abdomen abierto sufren un "segundo-golpe" para la calidad de vida y la capacidad funcional cuando se someten a la cirugía para reconstrucción abdominal debido a que nuevamente dependen de los demás y vuelven a requerir de otros para el cuidado. Sin embargo estos estudios

no son comparables con los resultados obtenidos en la presente investigación debido a que las personas que participaron no habían recibido reconstrucción abdominal.

Entre los resultados descritos en la investigación uno de los hallazgos referidos en el planteamiento teórico, fue como la persona con abdomen abierto de manera intempestiva vive una situación de salud que le cambia la vida, lo cual en palabras de Pellegrino es definido como “un asalto ontológico”¹⁵⁶, que obliga a la persona a realizar cambios drásticos en el estilo de vida. “Al fijarse objetivos más modestos que los de antes cuando trabajaba o cuando tenía una vida social muy activa, al buscar ahora controlar el dolor, cambiar la dieta o la actividad física, recuperar ciertas funciones; el enfermo constata que su cuerpo, ese amigo de siempre, ya no le obedece”¹⁵⁶.

Así que para la persona con abdomen abierto todo lo que desencadena la herida ejemplifica lo cierta que es la frase según la cual “la salud es el silencio de los órganos”, pues la enfermedad se interpone entre el cuerpo y el espíritu¹⁵⁶.

La persona que tiene la herida en el abdomen se siente vulnerable ante el mundo, además siente que ha perdido el control y la independencia. La vulnerabilidad se enraíza con la falta de soporte en el abdomen, donde la persona siente que en cualquier momento la herida se puede abrir o cualquiera de sus acciones puede contribuir a que la piel que esté creciendo se lesione. En otras palabras, la vulnerabilidad es un síntoma de estar en riesgo¹⁵⁷, sin protección, expuesto e indefenso.¹⁵⁸.

Esta vulnerabilidad inicia desde el mismo momento en el cual aparece la enfermedad, como es el caso del ingreso al servicio de urgencias y posteriormente a la Unidad de Cuidados intensivos. La experiencia de estar en la unidad de cuidados intensivos, según Beltran-Zalazar¹⁵⁹ es una experiencia llena de contrastes, porque representa un paso que es necesario para enfrentar la enfermedad y donde a pesar de las situaciones negativas favorece la unión y el reencuentro con familiares y amigos, el acercamiento y la práctica de las creencias religiosas.

La estancia en la Unidad de cuidados intensivos, es considerada como una de las experiencias más complicadas que la persona vive, por sentirse “arrancado de su entorno, de su hogar, separado de sus seres queridos, sometido a numerosas técnicas invasivas

dolorosas”¹⁶⁰; donde la línea que separa la vida y la muerte parece ser invisible y en cualquier momento puede estar de un lado o del otro.

La cercanía de la muerte, el desconocimiento de la enfermedad y de todo lo que ocurre al alrededor de la persona enferma en la unidad de cuidados intensivos, ha sido descrito por varios autores^{161, 162, 163, 164, 165}, dónde principalmente como dice Borges, “la vida y lo que en ella hay es preciosamente precaria,” de ahí su enorme valor pero también su fragilidad. La muerte se convierte en el límite absoluto para las posibilidades, el fin de los proyectos y las esperanzas. Por eso es la amenaza más poderosa, la que hace vulnerables a las personas. La conciencia de dicha amenaza, siempre presente, convierte a las personas en doblemente vulnerables por ser sabedores de su propia finitud. El ser humano no solo muere, sabe que muere¹⁶⁶. Es así que esta situación aumenta “el sufrimiento debido a la vulnerabilidad, al temor a la muerte, al dolor y al desamparo”¹⁶⁷. Todo este contexto hace que la persona experimente una transformación, que implica un cambio significativo de valores, identidad y actividades que pueden ser descritos cómo más importante que retornar al estado normal¹⁵⁹

La familia de la persona que se encuentra en la Unidad de cuidados intensivos siente que esta situación supone una crisis, un acontecimiento estresante que produce un impacto en la vida del paciente, con efectos en los familiares e inestabilidad en su dinámica emocional. Esta descrito que en la familia se puede observar estrés, ansiedad, preocupación, irritabilidad, culpa, frustración, depresión e incertidumbre, que se traducen en un constante deseo de información clara y concreta de su paciente¹⁶⁸.

Estos sentimientos principalmente se asocian según han referido los familiares a estar en un ambiente desconocido, intuyendo que en cualquier momento se puede producir un trágico desenlace. Su padre, madre, hijo, hermano..., está inconsciente, rodeado de cables, conectado a tubos..., no saben si son las últimas horas que van a estar a su lado o si quedará incapacitado para el resto de su vida”¹⁶⁹.

En la medida en que el enfermo debe ponerse en manos de otro para saber qué tiene y cómo hacer para curarse, es dependiente. Tal situación de dependencia lo pone en contradicción con su propia vulnerabilidad, una vulnerabilidad agravada por la enfermedad que, a la vez, le impide disimularla o huir de ella¹⁵

Depender también significa perder la libertad y la espontaneidad para actuar en el momento en que se desea, debido a la incapacidad para realizar las actividades por sí mismo. Por tanto, cualquier acción que vaya a realizar, debe planearse con anterioridad, porque requiere de más tiempo y, además, por estar supeditada a la voluntad y a la disponibilidad de otra persona; debe concertar con ella¹⁷⁰

Requerir de la ayuda de otros durante la enfermedad crónica se ha reportado en la literatura, por ejemplo cuando la herida está aún reciente en las personas con lesión de columna, la necesidad de ayuda, despierta sentimientos de pérdida de la intimidad y privacidad y de vergüenza por incomodar y ser una carga para los demás¹⁷⁰. Volverse dependientes de otras personas y el significado que adquiere esta condición, es que vuelven a ser dependientes como niños. Esta situación representa un retroceso en su desarrollo personal que amenaza con impedir alcanzar algunas de las metas que se habían trazado. Son fuente permanente de tristeza y sufrimiento siempre que compara su autonomía pasada, con su necesidad actual de recibir ayuda para realizar todas las actividades cotidianas. Además, sienten que alteran la comodidad y son un estorbo para los demás”¹⁷⁰.

Resurgen así imágenes provenientes de su infancia o de otras formas de dependencia más o menos bien aceptadas. En la enfermedad el hombre se halla frente a sí mismo, o a la vez más solo que en la vida “normal” y más sobrecargado, porque sus enfermeros le brindan asistencia, lo lavan, le ayudan a levantarse, a comer, a realizar sus funciones vitales más cotidianas¹⁷¹.

En el proceso de requerir ayuda de otros, la familia es una red de apoyo social, esta última descrita como “un proceso de interacción entre personas o grupos de personas, que a través del contacto sistemático establecen vínculos de amistad y de información, recibiendo apoyo material, emocional y afectivo en la solución de situaciones cotidianas en momentos de crisis”¹⁷² ha demostrado tener una influencia positiva sobre la experiencia del cuidado de las enfermedades crónicas y de los cuidadores familiares.

Los resultados de esta investigación van en la vía de los que describen que si bien la familia se considera valiosa, hay ambivalencia en sus relaciones con ella. Como el estudio realizado por Muñoz y colaboradores¹⁷³ que describe como la familia es percibida con ambigüedad, al considerarla fundamental como apoyo para adherirse al tratamiento y también compleja al ser una lucha constante del enfermo contra un sistema normativo. Los resultados previos refieren que existe desarmonía en la dinámica familiar que ocasiona conflictos por la responsabilidad que ejerce el miembro de la familia que cuida, por la presión que generan las restricciones alimentarias del paciente. Otros grupos, si bien aceptan las recomendaciones del cuidador, perciben apoyo y cariño “Se preocupaban por mí, la gente me quiere y más mi familia, sé que nunca me abandonarán”.

Los resultados también apoyan otra preocupación fundamental de los pacientes internados en unidades especializadas, como es el bienestar de su familia, de su esposo o de su esposa y la forma en que éstos están viviendo la situación actual¹⁷⁴, debido a que como lo refieren las personas con herida en el abdomen, saben que la familia sufre.

Es importante destacar la experiencia de algunos hombres después de la lesión de re-encuentro con la vida familiar, en especial la esposa y los hijos. Se trata de un re-encuentro forzado por la incapacidad para continuar con su rol laboral, a través del cual las personas que estaban alejadas de su hogar comparten más tiempo con cada uno de los miembros, y descubren en las actividades domésticas y en el cuidado de la casa y de los hijos, una oportunidad para fortalecer el vínculo padre- hijo. La situación de tener que permanecer en la casa, les permite conocerlos, estar pendientes de ellos, atender sus necesidades, disfrutar de su compañía. Lo cual fortalece la relación y el reconocimiento mutuo, despierta sentimientos de satisfacción e incrementa la autoestima¹⁷⁰.

Volver a requerir de la ayuda de otros, en especial de la familia es una experiencia compleja, que se da entre no querer depender pero trae ganancias debido a que fortalece la relación familiar.

La persona tiene situaciones complejas tanto en su ámbito familiar como en el personal debido a los cambios que tiene en su vida. Uno de los cambios importantes relatados por las personas con abdomen abierto está dado por la variación en la apariencia de su cuerpo,

encontrando que los resultados de esta investigación aunque si bien no son iguales, van en la misma línea de los conceptos descritos por Gorecki C, Brown J, Nelson EA, et al²², quienes reportaron como las personas con úlceras por presión, presentaban cambios con relación a la imagen corporal y la autoestima, y una variedad de problemas emocionales. Estos pacientes encontraron difícil de manejar sus úlceras por presión y dijeron que evitaban pensar en ello. Esto contribuyó a evitar un mal ajuste en los resultados. Chase S, Melloni M¹⁷⁵, describen como las personas para referirse a los cambios físicos tales como cicatrices usaban frases como por ejemplo, “feo”, “sucio”, “agujero negro”, lo que según el análisis hecho por ellos afecta el auto concepto, la imagen corporal y “refieren sentir impotencia ante su situación”¹⁷⁶.

En otros estudios como el realizado por Morales y Castillo¹⁷⁷ sobre el impacto de la diálisis en los adolescentes con insuficiencia renal, se describe que se vieron enfrentados a la pérdida de la imagen corporal que tenían antes de la enfermedad y a la pérdida de la imagen corporal que ellos deseaban para sí mismos. Es así que los cambios físicos ocasionados por la enfermedad y el tratamiento fue la causa de la pérdida de la imagen corporal.

Los pacientes con úlceras en las piernas sienten que pierden el sentido de balance en uno o más de los sistemas corporales, también evidencian cambios en la región afectada por la ulceración⁸, describen que la herida en la pierna constituye un defecto en una parte del cuerpo, al concebirlo incompleto y mutilado¹⁷⁸. Los hombres que viven con úlcera venosa crónica refieren que su imagen corporal cambia como resultado de una lesión, lo que afecta la propia imagen y la percepción que los demás tienen de él¹⁷⁹. Sin embargo, esto se pone de manifiesto al señalar como importante la aparición de dolor, situación que no es similar, debido a que el dolor no es una experiencia significativa para los pacientes con abdomen abierto.

En casos como la insuficiencia renal terminal, se han descrito experiencias que afectan todas las dimensiones de la vida de las personas. El impacto de esta enfermedad durante la adolescencia es más dramático porque el adolescente debe superar las demandas propias de esta etapa de la vida y de la situación de enfermedad, pérdida de la imagen corporal previa y de la imagen corporal deseable. Los adolescentes experimentaron

muchos sentimientos negativos ante esta pérdida; tuvieron sentimientos de invalidez, tristeza e inseguridad ante sus pares, lo que les llevó a sumergirse en un aislamiento social tal vez por una autoestima baja¹⁸⁰.

En este sentido se ha descrito que en algunas experiencias como la vivida en las personas con ostomías, el paciente sufre un cambio importante, una pérdida en la imagen corporal “perfecta”, sobreviene un proceso normal de duelo no muy distinto al que acontece después de la pérdida de un ser querido¹⁸¹.

Los cambios también se dan en la medida en que se pierde no solo la apariencia física sino también el control del cuerpo, la enfermedad designa el estado de una “humanidad herida”, de una persona cuya “capacidad fundamental para manejar su propia vulnerabilidad se halla comprometida”¹⁷⁵. Lo cual se evidencia en las experiencias de personas con lesiones en columna vertebral, con heridas o enfermedades crónicas, para las cuales el cuerpo molesta, se convierte en un obstáculo para la actividad autónoma, para el deseo de perseguir los objetivos que se había propuesto.

En los pacientes con lesiones en la columna, la pérdida de control sobre el movimiento, adquiere el significado de perder el control sobre la vida y el cuerpo, porque obliga a las personas con paraplejia a cambiar el estilo de vida, a aprender una nueva forma de realizar las actividades cotidianas y las obliga a abandonar algunas de las actividades lúdicas y deportivas que disfrutaban¹⁷⁰. En los pacientes con paraplejia, controlar el cuerpo se relaciona con controlar el propio ser.

En experiencias relatadas por personas con heridas crónicas en las piernas, se reporta como la movilidad es afectada debido a que la persona va disminuyendo su actividad para no generar dolor, lo que la lleva a dejar de asistir a actividades que normalmente realizaba, como participar en clases de ejercicios y en deportes como la natación⁷¹. Sin embargo la experiencia cambia debido a que las personas con herida por abdomen abierto, limitan el movimiento por temor a que la herida se abra, pero difiere debido a que aunque inicialmente es doloroso, luego la sensación del dolor se pierde.

Otro elemento importante es el aislamiento y las restricciones que tienen las personas con abdomen abierto para evitar el contacto con los demás para evitar que le causen daño, en esta perspectiva se encontró que las personas que viven con una herida durante un largo periodo de tiempo, pueden perder la confianza y la esperanza, tratando de protegerse a sí mismos mediante el desarrollo de defensas sociales, retrocediendo desde el contacto con otros¹⁸².

También, el contacto social se ve afectado debido a los impedimentos para salir de casa, debido a la necesidad de cambio de apósito y la curación que realiza la enfermera¹⁸³, que a pesar de que es en un momento específico del día, limita el tiempo.

Al revisar la literatura se evidencia que la experiencia que tienen las personas con relación a la enfermedad y las heridas también afecta su sexualidad. La enfermedad crónica puede tener efecto psicológico en el paciente y también en su pareja, afecta la autoimagen y la autoestima, puede alterar la imagen corporal por cambios negativos en la apariencia, o por pérdida de la funcionalidad; esto lleva a una autopercepción negativa en el sentido de tener un menor atractivo y, eventualmente, a rechazar la actividad sexual¹⁸⁴.

Está bien documentado que las dificultades sexuales a menudo acompañan a las enfermedades crónicas (falla renal crónica, hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer). Su influencia puede ser "directa" sobre la función sexual, pero también "indirecta", a través de la modificación de los patrones de interacción, de la autoimagen, del sentido de autonomía, y de la producción de manifestaciones físicas como la fatiga, la astenia y el dolor¹⁸⁵.

En el caso de las heridas crónicas está documentado que la actividad sexual se ve disminuida, lo que resulta en una baja autoestima, la falta de aceptación de sí mismo y la aceptación de la pareja^{186, 187}.

En las experiencias como las narradas por las personas con enfermedad renal crónica a cerca de su sexualidad, refieren que está íntimamente vinculada con la relación sexual saludable tanto a nivel biológico, como emocional. Los pacientes que buscan estrategias dirigidas a minimizar o incluso resolver problemas relativos a su sexualidad, como

resultado de la condición crónica, enfrentan con mayor facilidad los obstáculos a los que hacen frente. En el estudio de Fonseca¹⁸⁸ se describe como los sujetos presentaron modificaciones con respecto a la sexualidad, sin embargo, se percibe la búsqueda de los pacientes por estrategias que amenicen e incluso restablezcan sus necesidades sexuales, dentro de la dimensión bio-sicológica. Mostrando que la sexualidad tiene importancia para las personas y tener un bienestar en la sexualidad las hace sentir incluso con mejor estado de salud.

Las personas con paraplejia consideraron prioritario fortalecer la comunicación con la pareja antes que retomar la vida sexual activa. Este comportamiento puede relacionarse con la relevancia que tiene el apoyo de la pareja para manejar la situación de discapacidad. El apoyo de la pareja es indispensable para superar las limitaciones secundarias a los cambios en el cuerpo y las dificultades asociadas¹⁷⁰. Para los hombres con paraplejia es fundamental la actitud de la pareja para poder reanudar la actividad sexual.”¹⁷⁰

Los hallazgos de esta investigación describieron que todos los participantes refieren mantener y haber mejorado la relación con su pareja lo cual se opone a los resultados descritos por Silva y Shimizu quienes resaltan que algunas personas con ostomía fueron rechazadas por los propios compañeros, como muestra el relato a continuación: “Sobre la vida sexual cambio mucho. Mi esposa cambio un poco. Sentí que ella tiene cierto desprecio por mi (Airton)”¹⁸⁹. Los cambios en la vida sexual de las personas con heridas crónicas no se limitan a la ausencia de sexo, se extiende al rechazo y el abandono por parte de la pareja, lo que puede llevar al aislamiento emocional, por no creer en el éxito de una relación de pareja¹⁶¹.

Para entender esta diversidad Verschuren et al.¹⁹⁰ Propusieron un modelo teórico para abordar el tema de la sexualidad en la enfermedad crónica, con dos componentes: el primero, admitir la sexualidad humana como un fenómeno complejo en el cual intervienen factores biológicos, sicológicos, relacionales y socio culturales, y el segundo, aceptar que la enfermedad crónica no solo se caracteriza por síntomas somáticos y físicos sino además por estrés sicológico y presiones sicosociales. Es decir, en su propuesta teórica es claro que la enfermedad crónica y la sexualidad tienen factores comunes¹⁹¹.

Es fundamental por consiguiente, comprender que la sexualidad en la persona con herida, debido a sus cambios físicos y mentales, afecta la forma en la que la persona percibe su sexualidad.

Por otro lado, a pesar de los cambios propios de la enfermedad, la literatura refiere que estar con una enfermedad catastrófica, hace que la esperanza constituya una motivación muy importante, porque ayuda a las personas a perseverar en el esfuerzo por seguir adelante y afrontar una vida con discapacidad. “La esperanza se fundamenta en la fe y el poder de Dios”¹⁷⁰, así como encontrar un sentido a la vida. La necesidad de encontrarle de nuevo un sentido a la vida, de convencerse de que vale la pena vivirla a pesar de la condición¹⁷⁰. Carreño¹⁴² describe como la persona enferma junto con su cuidador construyen su propia calidad de vida, debido a que la experiencia de la cronicidad es vivida por el cuidador y que depende de la calidad de vida del paciente, pasando por una trayectoria llena de dificultades y de aprendizajes que hacen que se redimensione y se construya un significado propio de la calidad de vida, producto de la labor de cuidado”¹⁹².

En el estudio que exploró la experiencia del adolescente que sufre una enfermedad crónica como la diabetes, se ha podido conocer la percepción del adolescente sobre su experiencia a partir de tres temas: “Recibiendo el Diagnóstico de Diabetes”, “Siendo transformado por la Enfermedad” y “Llevando una vida puntiaguda”. Los adolescentes del estudio señalado son descritas como personas resilientes porque han logrado no solamente convivir con la diabetes, sino convertirse en más fuertes: siendo transformadas. Así, el adolescente resiliente es capaz de curarse de sus propias heridas, dirigir su vida y vivir plenamente”.¹⁷⁰

Moreno¹⁹³ describe cómo las personas con lesión en la columna, están “Viviendo una vida nueva con la discapacidad”. Cuando se ha tenido una lesión, la vida adquiere un significado distinto. Ante una condición como la discapacidad, las personas con paraplejia reconocen el valor de la vida y la empiezan a considerar desde una nueva perspectiva, una que hubieran podido apreciar si no hubiesen tenido la lesión medular. Por ello, encuentran en esta experiencia una oportunidad para revisar su escala de valores; es aquí cuando reconocen que, por el afán de la vida diaria y por conseguir objetos materiales y personales, se habían olvidado de aspectos esenciales como la familia. Con el tiempo, reconocen cambios positivos en su forma de ser, después de la lesión, como: volvieron

más sentimentales, pacientes, tolerantes, solidarios, sensibles ante los problemas de los demás y con deseos de ayudarlos. Es de este modo que llegan a identificar aspectos esenciales de la vida como el valor de la familia, de los buenos amigos y la importancia de los pequeños detalles, de las cosas simples y personales. Obliga a las personas con paraplejia a acostumbrarse y buscar opciones para seguir adelante, descubriendo la nueva normalidad con discapacidad¹⁷⁰.

La literatura ha descrito como en el caso de las personas que sufren un cambio durante el proceso de la enfermedad, en el cual el cuidado de enfermería es muy importante y no debe centrarse únicamente sobre los aspectos técnicos del cuidado de las heridas, sino también tomar un enfoque más global, ir más allá de la herida en sí y considerar al paciente como un todo”¹⁹⁴.

Las anteriores estudios citados si bien no son iguales a los resultados obtenidos en la tesis titulada Vivencia de la persona en el proceso de tener una herida crónica por abdomen abierto han dado una mirada a algunos aspectos que demuestran, que vivir con una herida crónica es una experiencia llena de significados, los cuales van desde la vulnerabilidad y alteraciones en la calidad de vida, hasta conseguir un cambio de vida; el cual muestra que este estudio aporta a clarificar como la enfermedad y un cuerpo herido, puede ser el motivante para lograr ser mejor, encontrarle el sentido a la vida y vivir la segunda oportunidad a pesar de la adversidad.

5. Consideraciones finales:

5.1. Conclusiones

- Para las personas el proceso de tener una herida crónica por abdomen abierto significa recuperar la vida luego de estar en riesgo de morir, volver a ser vulnerable y dependiente de manera inesperada. Es lograr sobreponerse a la adversidad de ver su cuerpo cambiado por una herida, dónde se requiere de la ayuda de los demás y se deben afrontar cambios drásticos debido a las limitaciones que genera la lesión, como en la forma de cuidarse, moverse y relacionarse con el medio. Es la historia de hombres y mujeres que un día de manera inesperada perdieron el control de su vida y cada día enfrentan una batalla para volver a recuperar lo que han perdido, superando miedos a lo desconocido y soportando situaciones que finalmente les recuerda que se les ha dado una segunda oportunidad de vida y por ello deben vivir plenamente.
- El planteamiento teórico “Vivir la segunda oportunidad con una herida en el abdomen: luchando por recuperar la independencia y el control de la vida” describe como la persona con herida crónica por abdomen abierto abdomen pasa por cuatro etapas durante su vivencia: inicialmente se dan cuenta que despiertan con una herida terrible en el estómago, se desesperan al ver como la herida transforma y limita su vida, luego las personas deciden retomar el control de su vida hasta que finalmente deciden vivir la segunda oportunidad a pesar de las adversidades que conlleva esta situación. Este planteamiento aporta en la construcción de conocimiento, con sustentos teóricos que documentan y hacen más comprensible la vivencia de los participantes.

- Los cambios que viven las personas con abdomen abierto incluyen alteraciones a nivel físico como son la formación de defectos en la pared abdominal que se refleja en una herida persistente y fragilidad en la piel. A nivel psicológico genera sentimientos de vulnerabilidad, pérdida del control, miedo y sensación de peligro que incluso aislamiento. A nivel social generan cambios en la dinámica familiar, cambio en las actividades sociales y en la interacción con el medio.
- Se contrasta la importancia de la enfermera en el cuidado de las personas con heridas crónicas debido a que el apoyo que ella brinda como orientadora del cuidado desde la etapa inicial, hasta lograr nuevamente la independencia, son claves para mejorar la calidad de vida de estas personas.
- El método de teoría fundamentada permite abordar fenómenos de interés en enfermería, esta metodología permite la construcción teórica que aporta al desarrollo de la disciplina y la profesión, requiere de flexibilidad, análisis cuidadoso y contacto continuo con los datos.

Aportes a la teoría de enfermería

- El constructo teórico, da una mirada a una población que hasta el momento se había evaluado sólo con relación al uso de tratamientos y mecanismos para ayudar al cierre, y aporta en la construcción de conceptos que pueden ayudar a recomendar cuidados más específicos y útiles, para las personas en estas condiciones de salud.
- La teoría “Vivir la segunda oportunidad con una herida en el abdomen: luchando por recuperar la independencia y el control de la vida” describe los significados y proceso que vive la persona con abdomen abierto y permite dar una mirada sobre los indicadores empíricos que podrían utilizarse en el desarrollo futuro de este constructo a través de las intervenciones específicas que se proponen.

Aportes para la práctica de enfermería

- Las cuatro etapas que delinea el proceso de vivir con una herida crónica por abdomen abierto brindan a los profesionales de salud, especialmente a las enfermeras, familiares y personas que tienen esta vivencia. Es una guía para saber cuáles son las vivencias durante este proceso, así como la aplicación de alternativas para trabajar en cada uno de los momentos o situaciones críticas, que permitan realizar una valoración adecuada, afrontar de mejor manera esta situación y lograr prontamente recuperar la independencia perdida.

Aportes para la línea de cuidado al paciente crónico y su familia de la Universidad Nacional de Colombia:

- La investigación realizada aporta en la construcción que se ha venido adelantando de la línea de cuidado al paciente crónico y su familia, con relación al cuidado de las personas en el proceso quirúrgico y en la enfermedad crónica, específicamente en las complicaciones y calidad de vida de las personas luego de la cirugía. Fenómeno que amplía las posibilidades de lo que puede ser explorado. Genera una nueva mirada que invita a trabajar desde el cuidado ambulatorio, sin desconocer los cuidados que se deben brindar antes de dar salida a las personas de las instituciones de salud.

5.2. Recomendaciones

- Se reafirma la importancia de continuar trabajando en el área temática de cuidado a la persona con heridas crónicas, debido a que es de especial interés por el alto impacto que genera en la calidad de vida de las personas que tienen esta condición.
- Es importante desarrollar el constructo teórico que se construyó hasta el momento, validando los conceptos que componen la estructura conceptual.

- La utilización de la metodología de teoría fundamentada como método propio de enfermería debe seguir consolidándose, debido a que brinda herramientas para hacer real y efectivo el cuidado y la interacción paciente – enfermera.
- El aumento de personas con heridas crónicas derivadas de enfermedades sistémicas y por complicaciones quirúrgicas, generan un gran impacto a nivel epidemiológico, social, familiar y económico, en el cual las heridas por abdomen abierto presentan un desafío para el personal de salud, especialmente las enfermeras que son quienes dirigen este cuidado. Por lo cual se recomienda continuar en la formación de enfermeras en esta área e invitarlas a continuar realizando este trabajo.

5.3. Limitaciones:

- Al ser el investigador el principal instrumento de indagación en ocasiones es difícil mantener un ritmo constante de trabajo, debido a que se puede ver afectado por situaciones propias de índole personal que involucran y restringen su posibilidad de análisis.
- La inexperiencia que tiene la investigadora principal se podría ver como una restricción debido a que requiere un acompañamiento constante por parte de la asesora de tesis, sin embargo esa inexperiencia en este método de investigación también se puede ver como una fortaleza debido a que permitió que la investigadora estuviera más atenta y dispuesta a escuchar lo que decían las personas y no sobreponer las experiencias o esquemas mentales sobre los datos.
- La consideración social de la baja aplicabilidad de los resultados que se obtienen de las metodologías cualitativas en la práctica de enfermería puede llevar a las enfermeras a desconocer los aportes de esta investigación a su trabajo.

5.4. Mecanismos de difusión y socialización:

Con el trabajo de investigación se ha pretendido aportar a los diferentes entes involucrados en este proceso.

Hasta ahora se ha logrado socializar los resultados de investigación en diferentes eventos de carácter local, nacional e internacional. Se han compartido los resultados en eventos que involucran a enfermeras en formación, generales y especializadas en el cuidado de personas con heridas. Los cuidados que a partir de este trabajo se consideran pertinentes con relación a las etapas vividas en la UCI, así como dar los lineamientos para un plan de egreso que permita a la persona y a la familia realizar los cuidados necesarios en casa, para que la recuperación sea más rápida y eficaz.

También se plantea realizar un trabajo de socialización de los momentos claves en este proceso.

- Primer momento de ver la herida
- Acompañamiento familiar y fortalecimiento de la dimensión espiritual durante la hospitalización
- Educación dando importancia a la retroalimentación de los cuidados necesarios en casa, especificando cuidados y estrategias para el cuidado de la herida, recuperación de la movilidad, sexualidad, cambios corporales, mecanismos para cuidar al cuidador y darle herramientas para que el cuidador mantenga desarrollo efectivamente su rol, sin generar sofocar a la persona con tantos cuidados.
- Divulgación a través de eventos nacionales e internacionales
- Presentaciones orales y acompañamiento de la gestión de los cuidados en Enfaso, entidad dónde se contactó al mayor número de personas.

Además se van a derivar por lo menos dos artículos de investigación de este trabajo, los cuales se publicarán en una revista nacional y otra internacional.

Anexos

A. Anexo: Ficha Sociodemográfica

1. EDAD: _____

SEXO

☐ MASCULINO

☐ FEMENINO

OCUPACIÓN: _____

4. ESTADO CIVIL

☐ SOLTERO(A)

☐ CASADO(A)

☐ SEPARADO(A)

☐ VIUDO(A)

☐ UNIÓN LIBRE

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

☐ PRIMARIA INCOMPLETA

☐ PRIMARIA COMPLETA

☐ BACHILLERATO (media) INCOMPLETO

☐ BACHILLERATO (media) COMPLETO

☐ TÉCNICO

☐ UNIVERSIDAD INCOMPLETA

☐ UNIVERSIDAD COMPLETA

6. NIVEL SOCIOECONÓMICO-VIVIENDA

☐ ESTRATO 1

☐ ESTRATO 2

☐ ESTRATO 3

☐ ESTRATO 4

☐ ESTRATO 5

☐ ESTRATO 5

☐ ESTRATO 6

7. TIPO DE RELACIÓN CON EL CUIDADOR

☐ ESPOSO(A)

☐ MADRE/ PADRE

☐ HIJO(A)

☐ ABUELO(A)

☐ AMIGO(A)

☐ OTRA: _____

8. ESPIRITUALIDAD

☐ CREYENTE EN UN SER SUPERIOR (DIOS): Religión: _____

☐ ATEO

☐ OTRA: _____

9. TIEMPO QUE LLEVA CON LA HERIDA POR ABDOMEN ABIERTO

☐: _____

10. CAUSA DE LA HERIDA : _____

Anexo B: Consentimiento informado

Yo _____ mediante la firma de este documento, doy autorización para participar en la investigación a cerca de ***“La vivencia de tener una herida crónica por abdomen abierto”*** que está realizando la Enfermera y estudiante del programa de Doctorado en Enfermería Alejandra Fuentes Ramírez (Tel: 312 372 2107) la cual cuenta con el respaldo académico de la Universidad Nacional de Colombia.

Se me ha explicado que el estudio permitirá conocer la vivencia que tienen las personas en esta condición y aproximarse con mayor claridad al significado que la persona le dá a dicha vivencia.

De igual forma, estoy informado que esto contribuirá a la enfermería, aportando en la construcción de conocimiento basado en investigación para mejorar el cuidado que se da a la persona con herida crónica por abdomen abierto.

Se me ha informado que se debe diligenciar un formato que corresponde a la ficha socio demográfica y responder a una o más entrevistas. La entrevista consta de preguntas abiertas, la cual será grabada y analizada por el investigador y su asesor únicamente. Es también de mi conocimiento que el investigador puede ponerse en contacto conmigo en el futuro, a fin de aclarar o complementar la información, si es necesario.

De igual forma sé que el diligenciamiento de los formatos o el inicio de la entrevista no me obliga a participar hasta finalizar la investigación y por lo tanto puedo renunciar en cualquier momento, sin que por ello tenga ninguna consecuencia.

Finalmente, me han confirmado que la información será utilizada de manera confidencial y solo para fines académicos, al finalizar el investigador pondrá los resultados a disposición de las personas interesadas y los difundirá entre la comunidad.

Nombre: _____

Firma: _____

Cedula: _____

Fecha: _____

C Anexo: Aval comité de ética



UGI-0157-2011
Bogotá D.C., 29 de junio de 2011

Profesora
VIRGINIA INES SOTO LESMES
Coordinadora Doctorado en Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada Profesora:

De la manera más atenta, me permito remitir las recomendaciones emitidas por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, Acta No.11, una vez analizado el proyecto de Doctorado en Enfermería VIVENCIA DE LA PERSONA EN EL PROCESO DE TENER UNA HERIDA CRÓNICA POR ABDOMEN ABIERTO de la estudiante Alejandra Fuentes directora profesora Beatriz Sánchez se da aval y se sugiere incluir las recomendaciones dadas en el formato de Instrumento de Valoración de Aspectos Éticos diligenciado por los lectores asignados y que la directora certifique por escrito a este comité la inclusión de dichas observaciones.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo. (Resolución No. 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Atentamente,

(ORIGINAL FIRMADO)

SANDRA GUERRERO GAMBOA
Presidenta Comité de Ética
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Copia: Profesora Beatriz Sánchez

ciencia, tecnología e innovación para el país

Carrera 30 # 45.03 Torre de enfermería, Edificio 101, Piso 8 Oficina 805
Conmutador: 57 (1) 3165000 Extensión 17020
Telefax: 57 (1) 3165000 Extensión 17021
Correo ugi_febog@unal.edu.co
Bogotá Colombia, Sur América

Referencias

1. Field PA, Morse JM. Qualitative approaches to nursing research. Edimburgo: Chapman y Hall; 1985.
2. Burns N, Grove SK. The Practice of nursing Research: Conduct, critique and utilization. Philadelphia: W.B Saunders; 2001.
3. Stotts N, Sparacino P. Assessing the patient with a wound as the basis for home care wound management. Home Healthc nurse. 2005; 23(2): 82-94.
4. Mustoe T. Understanding chronic wounds: a unifying hypothesis on their pathogenesis and implications for therapy. Emergency Management of Chronic Wounds. Emerg Med Clin N Am. 2007; 27. 204.
5. Fonder MA, Lazarus GS, Cowan DA, Aronson-Cook B, Kohli AR, Mamelak AJ. Treating the chronic wound: A practical approach to the care of nonhealing wounds and wound care dressings. J Am Acad Dermatol. 2008 Feb;58(2):185-206.
6. Singh A, Halder S, Menon GR, Chumber S, Misra MC, Sharma LK, et al. Meta-analysis of randomized controlled trials on hydrocolloid occlusive dressing versus conventional gauze dressing in the healing of chronic wounds. Asian J Surg 2004;27:326-32
7. Cohen D, Khlus D. Energy Expenditure and Open Abdomen Following Trauma. Top Clin Nutr .2009; 24 (2): 122–129.
8. Arenas H. Manejo del abdomen abierto. Los mejores resultados. Jal. Mex. Guadalajara. 2010; 32 (Supl1):44.

-
9. Campbell A, Chang M, Fabian T, Franz M, Kaplan M, Silverman R, et al. Management of the open abdomen: from initial operation to definitive closure. *Am Surgeon*; 75(11suppl): S1-S22.
 10. Borraez OA. Abdomen abierto. *Rev. Colomb. Cir.* 2001; 16: 123-131.
 11. Dubose J, Scalea TM, Holcomb J, Shrestha B, Okoye O, Inaba K, et al. Open abdominal management after damage control laparotomy for trauma: A prospective observational American Association for the Surgery of Trauma multicenter study. *J Trauma Acute Care Surg.* 2013; 74: 113 – 122.
 12. Ordóñez C, Ramos LG, Buchelli V. Guía de manejo de hipertensión intraabdominal y síndrome de compartimiento abdominal. Universidad del Valle, Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Cirugía. (consultado el 28 diciembre de 2013) Disponible en: <http://www.ascolcirugia.org/guiasCirugia/hipertensionIntraabdominal.pdf>
 13. Cheatham M, Safcsak K, Brzezinski SJ, Lube MW. Nitrogen balance, protein loss, and the open abdomen. *Crit Care Med.* 2007; 35 (1): 127 - 131
 14. Eiseman B, Moore EE, Meldrum DR, Raeburn C. Feasibility of damage control surgery in the management of military combat casualties. *Arch Surg.* 2000;135:1323–132
 15. Miller PR, Meredith JW, Johnson JC. Prospective evaluation of vacuum-assisted fascial closure after open abdomen: planned ventral hernia rate is substantially decreased. *Ann Surg* 2004;239: 608-622.
 16. Rotundo MF, Schwab CW, McGonigal MD, Phillips GR, Fruchterman TM, Kauder DR, et al. Damage control: an approach for improved survival in exsanguinating penetrating abdominal injury. *J Trauma.*1993; 35: 375-383.
 17. Vertrees A, Greer L, Pickett C, et al. Modern management of complex open abdominal wounds of war: a 5-year experience. *J Am Coll Surg.* 2008; 207:801–809.
 18. Schechter WP, Ivatury RR, Rotondo MF, Hirshberg A. Open abdomen after trauma and abdominal sepsis: a strategy for management. *J Am Coll Surg.* 2006; 203:390–396.
 19. Reimer M, Yelle J, Reitsma B, Doumit G, Allen M, Bell M. Management of open abdominal wounds with a dynamic fascial closure system. *Can J Surg* 2008; 51(3): 209-214.
 20. Teke Z, Sacar S, Yenisey C, Atalay A, Kavak T, Erdem E. Role of activated protein C on wound healing process in left colonic anastomoses in the presence of intra-abdominal sepsis induced by cecal ligation and puncture: an experimental study in the rat. *World J Surg.* 2008; 32(11): 2434-2443.

-
21. Zarzaur B, DiCocco J, Shahan CH, Emmett, K, Magnotti LJ, Croce M et al. Quality of Life After Abdominal Wall Reconstruction Following Open Abdomen. *J Trauma*. 2011; 70(2): 285–291
 22. Regner J, Kobayashi L. Surgical Strategies for Management of the Open Abdomen. *World J Surg*. 2012; 36: 497–510
 23. Cothren C, Moore E, Cuschieri J, Jurkovich G, Codner P, Nirula R et al. Who should we feed? A Western Trauma Association multi-institutional study of enteral nutrition in the open abdomen after injury. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012; 73 (6): 1380 - 1388
 24. Subramonia S, Pankhurst S, Rowlands BJ, Lobo DN. Vacuum-assisted closure of postoperative abdominal wounds: a prospective study. *World J Surg*. 2009 May;33(5):931-7. doi: 10.1007/s00268-009-9947-z.
 25. Yuan Y, Ren J, Yuan K, Gu G, Wang G, Li J. The modified sandwich-vacuum package for fascial closure of the open abdomen in septic patients with gastrointestinal fistula. *J Trauma Acute Care Surg*. 2013; 75: 1 - 7
 26. García-Núñez L, Macías-Millán J, Delgado-Arámburo J, Cabello-Pasini R, Núñez-Cantú O, Rivera-Cruz J, et al. Prediciendo la vida después de la muerte: factores relacionados con mortalidad en abdomen abierto por trauma grave. *Rev Sanid Milit*. 2008; 62(6): 251-261
 27. Bosscha K, Reijnders K, Jacobs M, Post M, Algra A, van der Werken, C. Quality of life after severe bacterial peritonitis and infected necrotizing pancreatitis treated with open management of the abdomen and planned re-operations. *Crit Care Med* 2001; 29: 1539 –1543
 28. Boele P, et al. Temporary Closure Of The Open Abdomen: A Systematic Review On Delayed Primary Fascial Closure In Patients With An Open Abdomen. *World J Surg* 2009. Vol 33. P 199–207 DOI 10.1007/s00268-008-9867-3
 29. Gutarra, F. Et al. Closure of a contained open abdomen using a bipediced myofascial oblique rectus abdominis flap technique. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. Argentina. 2009. Vol. 62, 1493-1494
 30. Scott BG, Feanny MA, Hershberg A. Early definitive closure of the open abdomen: a quiet revolution. *Scand J Surg*. June 2008; 51(3),
 31. Iñaguazo D, Mora J, Cobos J. Cirugía de control de daños: alternativa quirúrgica eficaz para el trauma hepático grave. *Revista Cabana Cir* 2007; 46(2).

-
- 32.** Barrera L, Pinto N, Sánchez B, Carrillo M, Chaparro L. Cuidando a los cuidadores: familiares de personas con enfermedad crónica. En: Empresa editorial de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2010. p. 15-16.
- 33.** Anaya DA, Quintero GA, García-Herreros G A, Vanegas V S, Vera A, Nassar R, Sotomayor J. Epidemiología de las heridas de tratamiento hospitalario en Colombia. Rev. Colomb. Cir. sept. 1998; 13(3):181-184.
- 34.** Sánchez M. Abdomen abierto. Acta medica costarricense. San José. Junio. 2000; 42(2): 1
- 35.** Cabrales R. Et al. Fístula entero cutánea en abdomen abierto. Experiencia del hospital universitario San Jorge (ESE) Pereira 2000- 2001. Colombia. Rev Med Risaralda. Noviembre de 2002; 8(2):13
- 36.** Benitez I, Pirota M, Sanchez C, Gorodner A, Manejo del abdomen abierto y contenido con malla: técnica de Bogotá. Revista de Posgrado Vía Cátedra de medicina. julio 2003; 191. 50
- 37.** Kafka-Ritsch R, Zitt M, Schorn N, Stroemmer S, Schneeberger S, Perathoner A, et al. Open abdomen treatment with dynamic sutures and topical negative pressure resulting in a high primary fascia closure rate. World J Surg. 2012; 36(8): 1765-1771.
- 38.** Zundel N, Cadena M, Rodríguez J, Andrade E, Caro A, Supelano G, Holguín F, Patiño Jf. Manejo con laparostomía del abdomen séptico. Panam J Trauma 1992; 3: 32-36.
- 39.** Valencia, I. Et al. Insuficiencia venosa crónica y ulceración venosa de la pierna. Miami, Florida. J Am Acad Dermatol. 2001; 44: 401-421
- 40.** Basilio A, López Ó, Olguín A. Abdomen abierto. Indicaciones técnicas y consecuencia. 2005; 8(2): 35
- 41.** López-Quintero L, Evaristo-Méndez G, Fuentes-Flores F, Ventura-González F, Sepúlveda-Castro R. Treatment of open abdomen in patients with abdominal sepsis using the vacuum pack system. Cir y Cir. 2010; 78(4): 322-326.
- 42.** Aydin C, Aytekin FO, Yenisey C et al. The effect of different temporary abdominal closure techniques on fascial wound healing and postoperative adhesions in experimental secondary peritonitis. Langenbecks Arch Surg. 2008; 393:67–73
- 43.** Campbell A, Chang M, Fabian T et al. Open Abdomen Advisory Panel. Management of the open abdomen: from initial operation to definitive closure. Am Surg. 2009; 75:S1–S22

-
44. Barker DE, Green JM, Maxwell RA et al. Experience with vacuum-pack temporary abdominal wound closure in 258 trauma and general and vascular surgical patients. *J Am Coll Surg.* 2007; 204:784–792 24.
 45. DiCocco JM, Magnotti LJ, Emmett KP, Zараur BL, Croce MA, Sharpe JP, Shahan CP, Jiao H, Goldberg SP, Fabian TC. Long-term follow-up of abdominal wall reconstruction after planned ventral hernia: a 15-year experience. *J Am Coll Surg.* 2
 46. Pérez D, Wildi S, Demartines N, Bramkamp M, Koehler C, Clavien Pa. Prospective evaluation of vacuum-assisted closure in abdominal compartment syndrome and severe abdominal sepsis. *J Am Coll Surg* 2007; 205: 586-592.
 47. Hwang RF, Schwartz RW. Enterocutaneous fistulas: current diagnosis and management. *Curr Surg.* 2000;57:443-445.
 48. Connolly Pt, Teubner A, Lees No, Anderson Id, Scott Na, Carlson Gl. Outcome of reconstructive surgery for intestinal fistula in the open abdomen. *Ann Surg.* 2008;247:440-444.
 49. Cadena, M, Vergara S, Solano J. Fístulas gastrointestinales en abdomen abierto (fístulas enterostómicas). *rev. colomb. cir.* 2005; 20(3): 150-157.
 50. Mayberry JC. Bedside open abdominal surgery utility and wound management. *Crit Care Clin.* 2000; 16: 1.
 51. Brindle C, Tod Y, Blankenship J. Management of Complex Abdominal Wounds With Small Bowel Fistulae Isolation Techniques and Exudate Control to Improve OutcomesC. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2009;36(4):396
 52. Franks PJ, Moffatt CJ. Quality of life in patients with chronic wounds. *Wounds.* 1998; (10) (suppl E): 1E-9E.
 53. Bosscha K, Reijnders K, Jacobs M, Post M, Algra A, van der Werken C. Quality of life after severe bacterial peritonitis and infected necrotizing pancreatitis treated with open management of the abdomen and planned re-operations. *Crit Care Med* 2001; 29: 1539 –1543
 54. Carter DC. Acute pancreatitis: The value of life. *Br J Surg* 1993; 80:1499–1500
 55. Fenton-Lee D, Imrie CW. Pancreatic necrosis: assessment of outcome related to quality of life and cost of management. *Br J Surg* 1993; 80:1579–1582
 56. Hartoch R, Manus j, Knapp s, Buettner M. Emergency Management Of Chronic Wounds. *Emerg Med Clin N Am* 25. 2007; 206.
 57. Pinto N. Comprender la situación de cronicidad de nuestros pacientes. 303-322

-
58. Chaparro, Lorena. Trascender En Un "Vínculo Especial" De Cuidado: El pasó de lo evidente a lo intangible.(tesis). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2009
59. Augustin M, Mayer A, Goepeñ L, Baade K, Heyer K, Herberg K. Cumulative life Course impairment (CLCI): A new concept to characterize persistent patient burden in chronic wounds. *Wound medicine*. 2013; 2-6
60. Hide C, Ward B, Horsfall J, Winder G. *Int J Nurs Pract*. 1999; 5: 189-198.
61. Heinen MM, Persoon A, van de Kerkhof P, Otero M, van Achterberg T. Ulcer-related problems and health care needs in patients with venous leg ulcerations: a descriptive, cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*.2007;44:1296–303
62. Pazos AL, Dopico L. Life quality and the nursing interventions for patients with chronic skin lesion - a prospective study. *Braz J Nurs*. 2006; 5 (2)
63. Waidman MAP, Rocha SC, Correa JL, Brischiliari A, Marcon SS. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. *Texto y contexto Enferm*. 2011; 20(4): 691-699..
64. Woo k, Gary S. Dolor en heridas crónicas: un modelo conceptual. *Adv Skin Wound Care*. Canada 2008; 21: 175-188
65. Gorecki J, Nixon A, Madill J, Firth JM Brown. What influences the impact of pressure ulcers on health-related quality of life? A qualitative patient-focused exploration of contributory factors. *J Tissue Viabil*. 2012; 21(1): 3-12.
66. Melguizo-Herrera E, Díaz-Gómez A, Osorio-Lambis, M. Calidad de vida de persona con heridas complejas en Cartagena, Colombia. *Rev. salud pública*.2011; 13 (6): 942-952.
67. kelechl T, Michel Y. Skin temperature and chronic venous insufficiency. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. January.2003; 30(1):17- 24.
68. Yamada BFA, Santos VLC. Construção e validação do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers: versão feridas. *Rev. Esc Enferm. USP* . 2009 ; 43(spe): 1105-1113.
69. Ferrans CE, Powers MJ. Psychometric assessment of the quality of life index. *Res Nurs Health*. 1992;15(1):29-38.
70. González-Consuegra R, Verdú J. Calidad de vida relacionada con heridas crónicas. 2010 ; 21(3): 131-139

-
71. Enfermedades crónicas socialmente invisibles. Disponible en: <http://www.arbitrio.com.ar/4-AtenP-AltEmocF.htm> Búsqueda realizada el 18 -09-2010
72. Walshe C. Living with a venous leg ulcer: a descriptive study of patients' experiences. *J Adv Nurs* 1995; 22: 1096.
73. Ebbeskog B, Ekman S. Elderly persons' experiences of living with venous leg ulcer: living in a dialectal relationship between freedom and imprisonment. *Scand J Caring sci.* 2001; 5: 239.
74. Beitz J, Goldberg E. The lived experience of having a chronic wound: A phenomenological study. *Medsurg Nurs.* 2005; 14(1): 56.
75. Rüeger S. Et al. Living with a chronic abdominal wound--the patients' perspective *Abteilung Operative Medizin, Universitätsspital Basel, Pflege.* 2008; 21(4): 262-269.
76. Congreso de Colombia. Ley 266. Artículo 3. (5 de Febrero de 1996). Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D. C.,: 1996. .
77. Pinto N, Sánchez B. El reto de los cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad: Cuidado y práctica de enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2000; 172-183
78. Boggio S, Colica D, Wainberg G. Atención domiciliaria Análisis de dos años de experiencia. Hospital privado de comunidad. Mar del plata argentina. 2002; 5(2).
79. Ferreira, Noeli, et al. Integridade cutâneo-mucosa: implicações para a família no cuidado domiciliário ao doente com câncer. *Rev. enferm. UERJ*, abril- junho 2009;17(2): 246-251
80. Zavala Vásquez Guzmán. Manejo del dolor y la percepción del paciente con enfermedad crónica. *Desarrollo Científ Enferm*, 2006; 14(8): 297-301
81. Universidad Nacional De Colombia, Grupo De Cuidado. Nuevos avances conceptuales del grupo de cuidado. En: *Cuidado y práctica de enfermería*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2000.
82. Leal C. Manejo y tratamiento de las heridas y ulcera. Valoración y clasificación. Gobierno de Chile: Ministerio de Salud. Santiago. Marzo. 2000

-
- 83.** Tizón Bouza MN, Dovalé MY, Fernández C, Fernández M, López VM, Mouteira S, Penabad O, Rodríguez R, Vázquez. Atención de enfermería en la prevención y cuidados del pie diabético. Atención primaria. 2004; 34 (5): 217-273.
- 84.** Waterlow JA. Risk assessment card. Nursing times En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds). Atención integral de las heridas crónicas. 1º ed. Madrid. SPA 2004; 209-226.
- 85.** Arnell I. Tratamiento de las úlceras por decúbito. Dos métodos a considerar. Nursing.1984;2:30-35
- 86.** Lindgren, M. A risk assessment scale for the prediction of pressure sore development: Reliability and Validity. Methodological Issues in Nursing Research Blackwell Science Ltd, J Adv Nurs. 2002:197
- 87.** Soldevilla JJ. Guía práctica en la atención de las úlceras de piel. 4.a ed. Madrid: Grupo Masson-Garsi, S.A. 1998.
- 88.** Chaplin J. Pressure sore risk assessment in paliative care. . J Tissue Viabil. 2000;10: 22-31.
- 89.** Bernal M et al. Validez y fiabilidad de la escala de Braden para predecir riesgo de úlceras por presión en ancianos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001; 36: 267-71.
- 90.** Fuentelsaz C. Validación de la escala EMINA: un instrumento de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados. Enferm Clín. 2001;11:97-103.
- 91.** Ortega E, et al. Presentación de la escala de valoración actual del riesgo de desarrollar úlceras por presión en cuidados intensivos (EVARUCI). Enferm Cientif. 2001; 228-9:25-31
- 92.** Pancorbo P, Garcia F, Soldevilla J, Martinez F, Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión: uso clínico en España y metaanálisis de la efectividad de las escalas. Gerokomos. 2008;19 (2): 40-54.
- 93.** Yamada, B.F.A. Terapia tópica de heridas: limpieza e desbridamento. Rev Esc Enf USP. 1999; 33: 133-140.
- 94.** Friman A, Klang B, Ebbeskog B. Wound care in primary health care: District nurses' needs for co-operation and well-functioning organization. J Interprofessional Care 2010; 24(1): 90-99.
- 95.** FranksPJ,MoffattCJ,EllisonDA,ConnollyM,FieldenS,GroarkeL & McCollum CN.Quality of life in venous ulceration: a randomized trial of two bandage systems. Phlebology. 1999; 14:95–99.

-
96. Charles H, Does leg ulcer treatment improve patient's quality of life? *J Wound Care* 2004;13: 209–213.
 97. Lindsay E. Leg clubs: a new approach to patient-centred leg ulcer management. *Nursing and Health Sciences* 2000; 2: 139–141.
 98. Quioc V. Cost effectiveness in leg ulcer management in the community. *Biol Sci Med Sc British Journal of Community Nursing*. 2001; 6: 276–282.
 99. Hickie S, Ross S, Bond C. A survey of the management of leg ulcers in primary care settings in Scotland *J Clin Invest*. 1998; 7: 45–50.
 100. Ebbeskog, B., Lindholm, C., & Ohman, S. Leg and foot ulcer patients. Epidemiology and nursing care in an urban population in south Stockholm, Sweden. *Scand J Prim Health Care*. 1996. 14, 2.
 101. Lindholm C., Bergsten, A., & Berglund, E. (1999). Chronic wounds and nursing care. *J Wound Care*, 8, 5–10.
 102. Ubbink, D. T., Vermeulen, H., & Lubbers, M. J. (2006). Local wound care: Evidence-based treatments and dressings. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 27, 1165–1172.
 103. Ehrenberg A, Birgersson C. Nursing documentation of leg ulcers: Adherence to clinical guidelines in a Swedish primary health care district. *Scand J Caring Sci*. 2003; 17: 278–284.
 104. Harrison M B, Graham I D, Lorimer K, Friedberg E, Pierscianowski T, Brandys T. Leg-ulcer care in the community, before and after implementation of an evidence-based service. *CMAJ*. 2005; 172: 1447–1452.
 105. Ruckley C V. Towards a model of care for chronic leg ulcer: Lessons learned from studies in Scotland. *Phlebology*. 2001; 16: 17–19.
 106. Schofield J, Flanagan M, Fletcher J, Rotchell L, Thomson S. The provision of leg ulcer services by practice nurses. *Nurs Stand*. 2000; 14: 54 – 60.
 107. Friman A, Klang B, Ebbeskog B. Wound care by district nurses at primary healthcare centres: a challenging task without authority or resources. *Scand J Caring Sci*. 2011; 25(3): 426-434.
 108. Durán de Villalobos M. La renovación del conocimiento y la práctica. *Aquichan* 2014;14(1)
 109. Moreno ME, ¿Qué esperan las personas del cuidado de Enfermería. *Aquichan*. 2010; 10(2). 96-97.

-
110. Fawcett J. Editorial: But it is Nursing Research? *Western Journal of Nursing Research*. 2000;22(5):524-25.
 111. Durán de Villalobos M. Marco epistemológico en enfermería. *Aquichan* 2012;2(2)
 112. Tate WL, Ellram LM, Dooley KJ. Environmental purchasing and supplier management (EPSM): Theory and practice. *Journal of Purchasing and Supply Management* 2012 9;18(3):173-188.
 113. Carvalho ES, Sadigursky D, Viana R. O Significado da Ferida para as Pessoas que a Vivenciam. *Revista Estima*. 2006; 4 (2). P. 26-32.
 114. Paran H, Mayo A, Afanasiev A, Epstein T, Neufeld D, Kluger Y, Schwartz I. Staged primary closure of the abdominal wall in patients with abdominal compartment syndrome. *J Trauma* 2001;51:1204-1206.
 115. Cliby WA. Abdominal incision wound breakdown. *Clin Obstet Gynecol* 2002;45:507-517.
 116. Barker DE, Kaufman HJ, Smith L, Ciraulo D, Richart CL, Burns R. Vacuum pack technique of temporary abdominal closure: a 7 year experience with 112 patients. *J Trauma* 2000;48:201-207.
 117. Barrera L, et al. Habilidad de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Mirada internacional*. *Aquichan*. 2006; 6 (1): 22-33.
 118. Husserl, Edmund, Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. 1949.
 119. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada. Versión en español. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. 2002.
 120. Goulding, C. "Grounded theory: some reflections on paradigm, procedures and misconceptions", Working Paper Series. University of Wolverhampton, Wolverhampton. citado por: Jin Tan. Grounded theory in practice: issues and discussion for new qualitative researchers. *J Doc*. 2010; 66 (1): 94.
 121. Jin Tan. Grounded theory in practice: issues and discussion for new qualitative researchers. *J Doc*. 2010; 66 (1): 94.
 122. Lobiondo-Wood G, Haber J. Nursing research: Methods, Critical, Appraisal, for evidence – based practice and Utilization. 4 edición. Mosby. 2006: 149.

-
- 123.** Heath H, Cowley S. Developing a grounded theory approach: a comparison of Glaser and Strauss. *Int J Nurs Stud.* February 2004; 41(2):141-150.
- 124.** Hammersley M. *The Dilemma of Qualitative Method: Herbert Blumer and the Chicago Tradition.* Routledge. London New York. 1989.
- 125.** Blumer H. *Symbolic interactionism. Perspective and method.* UniversityCalifornia Press, 1969.
- 126.** Clarke A. From grounded theory to situational Analysis. En Morse et al. *Development grounded theory. The second generation.* Walnut Creek: Left Coast Press. 2009.
- 127.** Bryant A, Charmaz K. *The sage handbook of grounded theory.* Los Angeles: Sage Publications. 2007.
- 128.** Wuest J. *Grounded Theory: the method.* Cited by: Munhall, Patricia. *Nursing Research, a Qualitative Perspective.* Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2007.
- 129.** Departamento administrativo nacional de estadística -DANE. Boletín. Censo general 2005. http://www.dane.gov.co/files/censo2005/PERFIL_PDF_CG2005/11001T7T000.PDF. Consulta 5 Diciembre 2013.
- 130.** Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones" <http://www.ley100.com/portal/salud>. Consulta 5 De Diciembre de 2013.
- 131.** Enfaso. <http://enfaso.com/index.html> Consulta realizada el 4 Nov 2013.
- 132.** Munhall P. *Nursing Research. A qualitative perspective.* 4 ed. E. U Jones and Barlett publishers.. 2007.
- 133.** Graham G. *Análise de dados qualitativos.* Colección pesquisa qualitativa..Portoalegre. Brasil. Bookman Artmed.2009.
- 134.** Bailey J. First steps in qualitative data analysis: transcribing. *Family Practice* 2008; 25: 127–131
- 135.** Morse JM. "emerger de los datos": los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa: En Morse JM. Editora. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa.* Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, 2009.
- 136.** Wuest J. *Grounded Theory: the method.* Cited by: Munhall, Patricia. *Nursing Research, a Qualitative Perspective.* Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2007.

-
137. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. En: Corporación Editora Médica del Valle 2003; 34(3): 164-16.
138. Charmaz k. Constructing grounded theory. A practical guide Through qualitative analisys. London: Sage publications. 2006.
139. Lincoln Ys, Guba Eg. Naturalistic inquiry. Beverly Hills: Sage Publications; 1985
140. Morse. Janice. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Antioquia: Editorial Universidad de Antioquia. 2003.p.447
141. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Corporación Editora Médica del Valle 2003 Vol 34, N° 3. p 164-16
142. Morse J. Sampling in grounded Theory. In Charmaz K, Bryant A y Charmaz K, editors. London. Sage Publications; 2007.
143. Dey Ian. Grounding categories. The handbook of grounded Theory. In Charmaz K, Bryant A y Charmaz K, editors. London. Sage Publications; 2007.
144. Leininger M. Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. Qualitative research methods. Beverly Hills: Sage Publications; 1994.
145. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Corporación Editora Médica del Valle 2003 Vol 34, N° 3. p 164-16
146. Leininger M. Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. Qualitative research methods. Beverly Hills: Sage Publications; 1994.
147. Universidad Nacional De Colombia. Principios éticos en la investigación: Código de Núremberg [en línea]. [consultado octubre 15, 2010]. Disponible en Internet: <http://www.unal.edu.co/dib/promocion/etica_nuremberg.html>.
148. Garzon N, Et al- Recomendaciones éticas para las investigaciones en la Facultad De Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2008.
149. Consejo Superior Universitario, Universidad Nacional de Colombia. Acuerdo 16 de 2011 por el cual se establece la Política Ambiental de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 18 de octubre de 2011.
150. Bourne, R. Delirium and use of sedation agents in intensive care. Nursing in Critical Care, 2008;13(4), 195-20.
151. Forsgren, L. & Eriksson, M. Delirium-Awareness, observation and interventions in intensive care units: A national survey of Swedish ICU head nurses. Intensive and Critical Care Nursing, 2010; 26: 296-303.

-
- 152.** MacKenzie EJ, Siegel JH, Shapiro S, Moody M, Smith RT. Functional recovery and medical costs of trauma: an analysis by type and severity of injury. *J Trauma*. 1988; 28:281–297.
- 153.** Holbrook TL, Anderson JP, Sieber WJ, Browner D, Hoyt DB. Outcome after major trauma: 12-month and 18-month follow-up results from the trauma recovery project. *J Trauma*. 1999;46:765–771; discussion 771–773.
- 154.** Michaels AJ, Michaels CE, Smith JS, Moon CH, Peterson C, Long. Outcome from injury: general health, work status, and satisfaction 12 months after trauma. *J Trauma*. 2000;48:841–848.
- 155.** Zarzaur, B. DiCocco, J. Shahan, CH. Emmett, K. Magnotti, LJ. Croce, M et al. Quality of Life After Abdominal Wall Reconstruction Following Open Abdomen. *J Trauma*. 2011; 70(2): 285–29.
- 156.** Pellegrino E, Toward a reconstruction of medical morality: The primacy of the act of profession and the fact of illness. *The journal of Medicine and philosophy*. 1919.
- 157.** Cutcliffe J, Hugh P, McKenna (ed). *The Essential Concepts of Nursing: Building Blocks for Practice*. Philadelphia: Elsevier. 2005.
- 158.** Purdy, I. B. Vulnerable: A concept analysis. *Nursing Forum*. 2004; 39(4): 25-33.
- 159.** Beltrán-Salazar Ó. La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan*. 2009; 9(1): 23-37.
- 160.** Gutierrez B, Blanco A. Experiencias, percepciones y necesidades en la uci: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enf Global*. Febrero 2008;12.
- 161.** Fernández N. Necesidades de las personas ingresadas en UCI. *Metas Enferm* 2006; 9(5):19-26.
- 162.** Solano Ruiz M C, Siles González J. Análisis de las vivencias de un paciente en cuidados intensivos desde la perspectiva de la complejidad. *Cul Cuid* 2003; VII(14):83-91.
- 163.** Martínez AA, Rodríguez A, Fernández, A. Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad de coronarias. *Rev Enferm Cardiol -Esp-* 2005;22 (34):15-21.
- 164.** Fernández N. Necesidades de las personas ingresadas en UCI. *Metas Enferm* 2006;9(5):19-26.
- 165.** Bellido JC. El paso por una unidad de cuidados intensivos y el regreso a la vida. *Arch Memoria* 2006; 3(1).

-
- 166.** Feito L. Vulnerabilidad. Anales Sis San Navarra [revista en la Internet]. [citado 2014 Ene 10]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272007000600002>
- 167.** Torralba F. Antropología del cuidar. Barcelona: Instituto Borja de bioética. 1998. P. 334.
- 168.** Jimenez-Ocampo VF, Zapata-Gutiérrez LS. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. Colombia: Aquichan. 2013; 13(2).
- 169.** Gutierrez B , Blanco A. Experiencias, percepciones y necesidades en la uci: revisión sistemática de estudios cualitativos. Enf global. Febrero 2008;12.
- 170.** Moreno ME. Cuerpo y corporalidad en la paraplejia: una teoría de enfermería. Tesis Doctorado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2011.
- 171.** Pelluchon. Corine. La autonomía quebrada. Bioética y filosofía. Bogotá: Universidad del Bosque. 2013.
- 172.** Vega OM, González DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enferm. glob. 2009. doi.org/10.4321/S1695-61412009000200021..
- 173.** Muñoz LA, Price Y, Gambini M, Costa S. Significados simbólicos de los pacientes con enfermedades crónicas. Rev Esc Enferm USP. 2003; 37(4):77-84
- 174.** Fernández N. Necesidades de las personas ingresadas en UCI. Metas Enferm 2006; 9(5):19-26
- 175.** Chase S, Melloni M, Savage A. A forever healing: the lived experience of venous ulcer disease. J Vasc Nurs 1997; 15: 73.
- 176.** Gorecki J, Nixon A, Madill J, Firth J.M, Brown. What influences the impact of **pressure ulcers** on health-related quality of life? A qualitative patient-focused exploration of contributory factors. . J Tissue Viabil. 2012; 21(1): 3-12.
- 177.** Morales L, Castillo E. Vivencias de los (as) adolescentes en diálisis: una vida con múltiples pérdidas pero con esperanza. Colomb Med. 2007;38(2). 44-53
- 178.** Ebbeskog b, Ekman S. Elderly persons' experiences of living with venous leg ulcer: living in a dialectal relationship between freedom and imprisonment. Scand J Caring Sci. 2001; 15: 239

-
- 179.** Silva MH, Jesus MCP, Merighi MAB, Oliveira DM, Biscotto, Silva GPS. O cotidiano do homem que convive com a úlcera venosa crônica: estudo fenomenológico. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(3):95-101.
- 180.** Morales L, Castillo E. Lived experiences of adolescents in dialysis: life with multiple losses. *Colombia Médica*. (2009) 38(4 Supl 2), 44-53.
- 181.** Noda CL, Alfonso LE, Fonte SM, Arbona FL, Reyes MM. Problemática actual del paciente con ostomía. *Rev Cub Med Mil* 2013; 30(4): 256-262.
- 182.** Lindahl E, Norberg A, Söderberg A. The meaning of caring for people with malodorous exuding ulcers. *J Adv Nurs*. 2008; 62(2): 163–71
- 183.** Hopkin k, Dealy C, Bale S, Defloorm T. WorboysF. Patient stories of living with pressure ulcer. *J Adv Nurs*. 2006; 56 (4):348
- 184.** Carrillo-González GM, Sánchez-Herrera B, Chaparro Díaz OL. Chronic disease and sexuality. *Invest Educ Enferm*. 2013;31(2): 295-304.
- 185.** Basson R, Schultz WW. Sexual sequelae of general medical disorders. *Lancet*. 2007;3369 (9559):409-24.
- 186.** Herber OR, Schnepf W, Rieger MA. A systematic review on the impact of leg ulceration on patients' quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5:44.
- 187.** Souza MKB, Matos IAT. Percepção do portador de ferida crônica sobre sua sexualidade. *Rev Enferm UERJ*. 2010;18(1):19-24.
- 188.** Fonseca D. et al. av.enferm. Vivências dos homens submetidos à hemodiálise acerca de sua sexualidade. *Av Enferm* 2011;29(2): 255-262.
- 189.** Silva AL, Shimizu HE. El significado del cambio en el modo de vivir de la persona con ostomía intestinal definitiva. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006;14(4)
- 190.** Verschuren J, Enzlin P, Dijkstra P, Geertzen J, Dekker R. Chronic disease and sexuality: a generic conceptual framework. *J Sex Res*. 2010; 47(2):153-70.
- 191.** Carrillo-González GM, Sánchez-Herrera B, Chaparro Díaz OL. Chronic disease and sexuality. *Invest Educ Enferm*. 2013; 31(2): 295-304.
- 192.** Carreño SP. Metasíntesis de calidad de vida en cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica. Maestría thesis, Universidad Nacional de Colombia. 2012.
- 193.** Moreno ME. Cuerpo y corporalidad en la paraplejia: una teoría de enfermería. Tesis Doctorado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2011.

-
- 194.** Gonzalez-consuegra RV, Verdu J. Quality of life in people with venous leg ulcers: an integrative review. *J Adv Nurs*. 2011; 67(5): 926–944. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05568.x